XXVIIIk

2 h
1

1/2 Purple Co

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DIRETTI DA

DOMENICO CHIARA
Professore Direttore dell'Istituto Ostetrico di Milano.

OTTAVIO MORISANI
Prof. di Ostetricia e Dir. della Clinica Ostetrica della R. Università di Napoli.

EDOARDO PORRO
Prof. di Ostetricia e Dir. della Clinica Ostetrica nella R. Università di Pavia.

DOMENICO TIBONE
Prof. di Ostetricia e Dir. della Clinica Ostetrica nella R. Università di Torino.

E REDATTI DAI DOTTORI

Cuzzi Alessandro, Prof. straordinario di Ostetricia nella R. Università di Modena.
Bergesio Libero, Primo Assistente alla Clinica Ostetrica di Torino.
Mangiagalli Luigi, Primo Assistente nell'Istituto Ostetrico di Milano.
Negri Paolo, Secondo Assistente nell'Istituto Ostetrico di Milano.

LIBRARY

Anno II — 1880

MILANO
TIPOGRAFIA DI PIETRO AGNELLI
Via Pietro Verri, N. 16

1880.

INDICE

Memorie Originali.

1. Bajardi D. — Sarcoma primitivo della vagina . . Pag. 47
2. Bergesio L. — Cefalotribo o cranioclasta? . . . . » 137-217-292
3. Bergesio L. — Escursioni ostetriche . . . . . » 432
4. Cattani G. — Contributo allo studio del galattocele » 420
5. Chiara D. — Miscellanea di ginecologia; tre casi clinici » 15-65
6. Chiara D. — Qua e là per il registro clinico dell'anno 1878 . . . . . » 333-456
7. Chiara D. — Un vecchio istrumento della pratica ostetrica. Conferenza . . . . . » 577
8. Cuzzi A. — Due casi di recidiva di febbre da malaria dovuta al traumatismo del parto . . . . . » 332
9. Cuzzi A. e Nicola G. — Ricerche di cromocitometria ostetrica . . . . . » 385
10. Inverardi G. — Due casi di eclampsia con esito infausto . . . . . » 233-278
11. Longhena A. — Decapitazione a tronco già estratto - Idrocefalia - estrazione del capo coll'uncino acuto . » 54
12. Mangiagalli L. — Morte in puerperio per introduzione di aria nelle vene . . . . . » 27
13. Mangiagalli L. — Di una curiosa migrazione della sostanza cerebrale del feto . . . . . » 94
14. Mangiagalli L. — Sulle indicazioni assolute e relative del taglio cesareo (metodo Porro). . . . . » 193

15. Mangiagalli L. — Trasfusione di sangue dal peritoneo Pag. 321
16. Mangiagalli L. — Il parto per il fronte. — Studio clinico . . . . . » 641
17. Marchionneschi O. — Fetometria . . . . . » 513-597
18. Negri P. — Di una singolare lesione riscontrata in un feto estratto col cranioclasta . . . . . » 98
19. Negri P. — Cistoma multiloculare dermoide. - Ovariotomia (Relazione) . . . . . » 327
20. Negri P. — Un'altra trasfusione di sangue dal peritoneo in puerpera . . . . . » 717
21. Nicola G. — Contributo allo studio del modo di agire del cranioclasta del Braun . . . . . » 442
22. Parona F. — Due casi rari di cancro uterino . . . . . » 1
23. Peruzzi D. — Taglio cesareo completato dall'amputazione utero-ovarica . . . . . » 705
23. Raffaele E. — Sinfisiotomia e parto prematuro . . . . » 129
25. Sacchi P. — Alcune osservazioni ostetriche (ovaro-isterotomia cesarea) . . . . . » 193
26. Tibone D. — Grandi o piccole maternità? . . . . . » 77

Rassegna.

Acido (L') sclerotinico nella pratica ostetrica . . . . . Pag. 733
Bassini. — Contribuzione alla ginecologia operativa . . . . » 746
Bottini. — Laparotomia antisettica . . . . . » 243
Calderini. — Secondo rendiconto dell'Istituto Ostetrico di Parma. Biennio 1875-76 e 1876-77 . . . . . » 111
Cattani. — Tumori dell'ovajo. — Ovariotomie eseguite dal Prof. Porro . . . . . » 750
Chiara — La ipertrofia mammaria progressiva quale indicazione del parto provocato . . . . . » 508
Duncan. — Papers of the female perineum . . . . . » 119
Eustache. — Lesione degli organi urinari nell'ovariotomia . » 371
Fournier. — Simulazione di attentato venereo in giovani fanciulle . . . . . » 724

FRANZOLINI. — La prima ooforectomia praticata e riuscita in Italia . . . . . Pag. 636
GRASSI. — Di una forma rara di puerperio infezioso, curata felicemente colle injezioni intrauterine . . . . . » 753
GRASSI. — Il forcipe Guyon in un caso di stenosi pelvica . » 754
HARRIS. — Il taglio cesareo classico in America . . . . . » 381
Ipertosse (Cura dell') . . . . . » 316
MATTEI. — Du palper abdominal . . . . . » 113
Maternità (La sala di) dell'Ospedale incurabili durante il quarto quinto e sesto bimestre 1879 . . . . . » 183
Maternità (La sala di) dell' Ospedale incurabili nel primo bimestre 1880 . . . . . » 368
MINATI. — Ostetricia Minore . . . . . » 722
OMBONI — Setticoemia per suppurazione di cistovario uniloculare guarita coll'ovariotomia . . . . . » 367
PAJUSCO. — Della gravidanza cervicale . . . . . » 738
PERUZZI — Mioma levicellulare dell'ovaja sinistra . . . . . » 108
PERUZZI — Cisti ovarica uniloculare endogena . . . . . » 109
PERUZZI — Storia di due ovariotomie, ecc. . . . . » 109
PERUZZI — La seconda centuria di ovariotomie . . . . . » 634
PINARD — Vomito incoercibile curato colle inalazioni di ossigeno . . . . . » 396
PORRO — Nuova indicazione di aborto e prematuro . . . . » 506
Profilassi antisettica in ostetricia . . . . . » 254
ROMITI — Della ipoplasia vasale nella donna in rapporto colla clorosi . . . . . » 110
ROTH. — Un caso di linfangioma cistico retroperitoneale . . » 735
RUSSEL SIMPSON. — La baselisi . . . . . » 729
SIMON — Paralisi infantile . . . . . » 308
SIMULA — Storia di una cistovariotomia . . . . . » 112
Vaccino (A qual giorno fa duopo prendere il)? . . . . . » 315
VALERANI — Annotazioni chirurgiche . . . . . » 180
WASSEIGE — Gravidanza complicata a fibromi — Isterotomia — Morte . . . . . » 379

Notizie Compendiate.

Cronaca dell'amputazione cesarea utero-ovarica, pagine 256-318-510-377-576-636-757.

La sesta ovaroisterotomia cesarea nell'Istituto ostetrico di Milano, pag. 127.

Laparotomia, pag. 756.

Nuovo metodo operativo nei casi di tumori sottomucosi dell'utero, pagina 575.

Primo caso di estirpazione completa di utero-cancerosa eseguita in Italia col metodo di Bardenheuer, pag. 756.

Ovariotomie, pag. 512-369.

Terapia della rottura d'utero, pag. 576.

Varietà.

Congresso medico internazionale a Londra nel 1881, pag. 638.

La illustrazione medico-chirurgica, pag. 384.

Movimento clinico-operativo della R. Scuola di Ostetricia in Milano, pagine 61-188-382-758.

Movimento clinico-operativo nell'Istituto Ostetrico di Torino, pag. 63-191.

Nomina, pag. 757.

Poesie mediche, pag. 127-185.

Società Italiana d'Igiene, pag. 637.

AI LETTORI.

Poche parole che potrebbero anche chiamarsi Programma

Gli Annali italiani di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria iniziano con questo numero il loro secondo anno di vita; pertanto, e sebbene possa parere un non senso, la direzione trova giunto ora il momento opportuno per esporre i suoi intendimenti, la meta che s'è proposta, la via e i mezzi cui si terrà per giungervi.

Or fa un anno imprendendo la pubblicazione di questo giornale miravamo a fare uno sperimento; questo si fece e continua tuttora; ma il tempo intanto ci portava giudizî, critiche, apprezzamenti cui ci talenta opporre i giudizî, le critiche, gli apprezzamenti nostri; a ciò tende questo breve scritto che a tutta prima arieggia il programma.

Giova per il nostro scopo mettere innanzi con tutta schiettezza due affermazioni, per quanto possan parere orgogliosetta l'una, soverchiamente modesta l'altra.

Affermiamo in prima essere nostra convinzione che l'*ostetricia italiana sia;* esista cioè nel nostro paese una ostetricia con dottrine, con pratiche, con tendenze sue proprie, paesane direi, e non una più o meno riuscita copia o maschera di quella francese o tedesca, inglese o americana. Ci conforta nella nostra convinzione la lettura attenta e assidua degli scritti che ci piovono di fuori, la conoscenza che cre-

diamo esatta delle cliniche forestiere, non che il giudizio degli stranieri stessi, di quelli almeno cui non fa velo incorreggibile *chauvinisme;* se nulla possiam loro insegnare, dicono quelli che visitano i nostri istituti, nulla ci tocca imparare da loro, vuoi nel rispetto scientifico, vuoi in quello pratico, sia come indirizzo che come esecuzione artistica de' precetti scientifici.

Il governo della gravidanza fisiologica, la cura delle moltiformi turbe nervose che vi si associano, la terapia dei morbi proprî o accidentali che ponno accompagnarla, giudicata colla stregua dei principî su cui basa la moderna fisio-patologia, proclamiamo superiore, da noi, a qualunque critica; e se taluno poco o punto istrutto delle cose italiane, siccome tuttodì occorre trovare nella vicina Francia, nella più lontana Inghilterra, sentenzia della medicina nostra come se Tommasini e Rasori e Giacomini si traessero tuttora dietro col fascino della viva voce le turbe dei giovani medici entusiasti della facile e comoda dottrina dello stimulo e controstimulo, della eccitazione e depressione, a questo taluno diremo che dormì lungo sonno, quando non gli tornasse più accetto l'invito di un viaggio nel nostro paese.

Il governo del parto sia normale che patologico affermiamo pure retto, presso di noi, da principî scientifici, inappuntabili e severi. Da lungo tempo gli ostetrici italiani si mostrano famigliari col forcipe lungo e corto, ed hanno delle indicazioni di questo istrumento il loro codice chiaro e preciso: non essi discutono ancora, come recentemente fu fatto nella società ostetrica di Londra, se il forcipe possa collocarsi sullo stretto superiore prima che la dilata-

zione sia proprio completa, e la testa ben fissa; e tanto meno discutono o scrivono per dimostrare che le indicazioni della craniotomia non sono quelle del forcipe, o che la forbice craniotomica e l'uncino acuto non sono succedanei del forcipe come la cinconina del chinino, la narceina della morfina.

Nelle viziature pelviche di 1.° grado la ostetricia italiana schivando ad un tempo lo immobilismo e la soverchia fretta, fa la debita parte al forcipe e al rivolgimento, e così si è forse avvicinata a quella soluzione cui da tanto tempo si cerca e che pondera con giusta lance gl'interessi della madre e quelli del feto.

Nella embriotomia l'ostetricia italiana che inventava il cefalotribo col suo Assalini, checchè ne pensino in contrario i Francesi, fu indubbiamente la prima che riconobbe e praticamente addimostrò il valore del cefalotribo finestrato; da noi ancora senza escogitare istrumenti così massicci e complicati quali ci vengono dal Belgio si seppe giungere con la pinzetta basiotomica del Fabbri a sciogliere il problema di congiungere la efficacia con la sicurezza nella demolizione della base craniana del feto, nè ciò tolse che si facesse buon viso al cranioclasta di Simpson riformato e migliorato da C. Braun, e che da noi si sa maneggiare e si maneggia giusta le sue vere indicazioni.

Nell'uso dell'uncino acuto, questo sì disprezzato e pur tanto utile istrumento, alcuni ostetrici italiani servendosene per estendere ed estrarre la testa dopo perforata, si distinguono dagli ostetrici inglesi che vi ricorrono frequentemente, e da tutti quelli che vogliono l'uncino acuto assolutamente bandito dall'armamentario di Lucina.

Nulla vogliam dire dell'amputazione uterina quale complemento del taglio cesareo classico; essa è universalmente nota e accolta, e a malgrado di qualche rara apostrofe, molto rettorica, ma niente scientifica, continua il suo cammino trionfale.

Nella chirurgia ostetrica preventiva gli Italiani si trovano in due campi opposti, ma che pure attestano la originalità o personalità della loro ostetricia; al Sud la sinfisiotomia sola, o in connubio con la interruzione artificiale della gravidanza, al Nord il rifiuto della sinfisiotomia e la tendenza se non a radiare il parto prematuro artificiale dal novero degli atti operativi, a restringerne di molto i confini.

Il parto forzato nella donna morta in sostituzione al taglio cesareo, il medesimo nella donna agonizzante o condannata a morte preveduta con certezza imminente o molto prossima, nell'intento di salvare il bambino, che col taglio cesareo postmortem va quasi sempre perduto, è una pratica d'origine prettamente italiana ed accolta oramai dagli ostetrici tutti.

Nel governo del puerperio fisiologico e irregolare, nella patogenia del puerperismo morboso, nella cura dei processi puerperali, nella igiene della maternità, nell'apprezzamento della profilassi antisettica la ostetricia nostra non è alla testa, è vero, ma neppure alla coda; si trova in compagnia di chi vuol essere e si tiene in prima riga.

Nulla di analogo (ed ecco la seconda affermazione, quella modesta) ci è dato scrivere, pur troppo, della ginecologia e pediatria in Italia; splendide individualità non mancano, ma un corpo di dottrina, una scuola, un indirizzo nazionale non vediamo ancora

nè v'hanno indizî che ci autorizzino a sperare vicinissimo il fausto avvenimento. Questa che crediamo transitoria inferiorità delle ultime branche mediche in confronto della ostetricia nel nostro paese ha naturalmente le sue ragioni di essere; ma nè ci talenta, nè mette conto indagarle quivi, fatta eccezione per una che a nostro avviso tiene il primato per efficacia, ed è la organizzazione amministrativa del nostro paese. Con tutta la sua libertà politica cui pochi paesi vantano uguale, pochissimi superiore, l'Italia si dibatte angosciata nelle spire di un accentramento amministrativo più raffinato forse di quello belga e francese.

Scrive il senatore Iacini a pagina 130 del suo opuscolo: I conservatori e l'evoluzione naturale dei partiti politici in Italia.

« L'organismo dell'amministrazione governativa si
» presenta in Italia sotto l'aspetto di un accentra-
» mento che non ha l'eguale in nessun paese, nem-
» meno in Francia, che è pure la terra classica degli
» accentratori. Tutto fa capo in Italia ai dicasteri
» centrali. Tutto è regolato, assorbito dal potere cen-
» trale, fino nei più minuti particolari; gli uffici che
» rappresentano il governo nelle località non pos-
» sono nulla; privi di potere e di responsabilità non
» fanno che trasmettere al centro le petizioni, e ri-
» cevere dal centro per trasmettere agli ammini-
» strati, i responsi dei dicasteri ministeriali, onni-
» scienti, onniveggenti, onnipossenti ».

La istruzione pubblica d'ogni fatta, specie la superiore, non è fuori da questo gigantesco circolo i cui raggi tendono tutti ai dicasteri della capitale; siccome questi *sono* onniscienti, così quello della

istruzione pubblica deve per necessità di logica avere tutte le competenze, si tratti di pittura, o di numismatica, di pedagogia o di veterinaria, di archeologia o di clinica medica, di pandette o di ginecologia. Da questo stato di cose consegue che dal dicastero centrale deve partire, e tutti s'aspettano parta il verbo creatore, la iniziativa, il regolo, l'indirizzo d'ogni istituto che all'istruzione si attenga; venga meno la spinta, faccia difetto il *verbo*, e l'istituto manca, fa difetto la relativa istruzione e con questa la coltura. Gli è la sorte che tocca da noi alla ginecologia e pediatria. Ogni professore di ostetricia vien detto nel decreto di nomina professore di ostetricia e della dottrina delle malattie delle donne e dei bambini; ma nessuno, fino a qualche anno fa, uno in tutta Italia ai nostri giorni, si trova fornito di mezzi che gli fanno possibilità di essere sul campo pratico quello che lo stato con un suo decreto lo proclama. Nè ci si dica che l'iniziativa privata, quella delle opere pie, o dei consorzi universitari potrebbe sostituirsi con pieno effetto all'opera del governo; potrebbero sì, ma non lo vogliono nè lo debbono volere per causa dell'accentramento amministrativo medesimo, il quale ad ogni piè sospinto ed in cento modi differenti ne incaglierebbe l'azione.

Rebus sic stantibus, al rimprovero che ci venne diretto, troppa parte farsi da noi alla ostetricia sacrificandole la ginecologia e pediatria, rispondiamo dipendere ciò da forza maggiore, o a dir meglio, dallo stato in cui si trovano nel nostro paese le tre specialità cui questo giornale è dedicato.

Un altro rimprovero ci vien mosso, in apparenza grave assai perchè il giornale si pubblica in un paese

la cui unificazione non ha raggiunto ancora quell'ideale che sorride ad ogni buon patriota. Ci si rimprovera cioè di essere regionalisti, dimostrando l'indice dei nomi di coloro che scrissero per questo giornale com'essi appartengono quasi tutti alla medesima regione d'Italia. Noi non neghiamo il fatto, tutt'altro; ma contestiamo energicamente la esattezza della interpretazione data, come neghiamo recisamente la causa cui il fatto si vorrebbe addebitare. Noi facemmo, e facciamo, appello al concorso materiale, a quello morale di quanti sono ostetrici in Italia; le nostre pagine sono aperte sempre a quanti, senza distinzione di campanile, credono meriti il nostro giornale diventar organo di pubblicità dei loro scritti. Pertanto se il nostro appello non viene accolto con fervore, se il concorso morale e intellettuale vien meno, se dal centro, dal mezzodì d'Italia non arrivano domande per inserzione di scritti nei nostri Annali, se qualche clinico-ostetrico mantiene il silenzio di persona che volontariamente chiude gli occhi per non vedere o respinge il giornale perchè vuole ignorarne la esistenza, e intanto questo deve pur presentarsi a' suoi associati colla forma e mole promessa, quale torto, qual colpa nei direttori, quale biasimo a' redattori, se quest'unico giornale italiano apparisce in veste di regionalista?

Un appunto ancora, e l'ultimo, ci cuoce di ribattere ed è quello di mantenere al giornale un indirizzo *poco pratico* e *troppo scientifico*. A parte la difficoltà, per non dire impossibilità, di tracciare il limite (che per noi non esiste) tra pratica vera, non *empirismo*, e scienza, confessiamo candidamente che a codesto appunto non sappiam bene che cosa ri-

spondere. Se per poco pratico s'intende dire che il giornale nostro sacrifica la *scienza fatta* alle speculazioni apprioristiche le quali nel concetto dei loro autori possono arieggiare la *scienza dell'avvenire*, noi con uno sguardo all'indice delle materie trattate nell'anno trascorso ci siamo convinti non meritare il rimprovero, non reggere l'appunto; e speriamo tale convinzione sia per entrare nell'animo del lettore se pacatamente vorrà, seguendo il nostro esempio, guardare all'indice degli scritti. Ed ora che cosa promettere ai vecchi e nuovi lettori?

Le considerazioni che venimmo svolgendo non ci permettono altra risposta, non consentono altra promessa, fuori della seguente: Ci suffraghi il concorso materiale, ci conforti quello morale, ci aiuti quello intellettuale dei colleghi che dirigono il moto scientifico della ostetricia, ginecologia e pediatria nel nostro paese, e il giornale si farà ben presto superiore a qualsiasi biasimo, e diverrà compagno desiderato e rispettato de' più riputati giornali che all'estero propugnano il progresso e gl'interessi delle tre specialità onde il nostro piglia nome.

PER LA DIREZIONE
DOMENICO CHIARA.

Volume II. Gennaio 1880.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DUE CASI RARI DI CANCRO UTERINO

NOTA

del Dott. **FRANCESCO PARONA**

La frequenza del cancro uterino nel contado novarese è sgraziatamente tale da eguagliare le desolanti statistiche date da Virchow e da Wagner (1). In otto anni di esercizio chirurgico in Novara, mi occorsero più di cento casi di tale infermità, per cui potei esaminarla sotto tutti gli aspetti e nei varî suoi stati di diffusione, alla vagina, all'intestino retto, alla vescica, uretra, cellulare pelvico, ecc.

Fra tanta varietà di casi, diversi per forma, sede e decorso, se ne presentarono due con caratteri al tutto speciali e che mi parvero rari e degni di nota. Di essi do qui brevemente la storia e la descrizione, facendovi seguire alcuni riflessi.

Caso I. — *Voluminoso epitelioma del collo uterino — esportazione e guarigione.* — Una donna, nativa di Oleggio e domiciliata in Novara, certa Giuseppina F..., dell'età d' anni 38, addì 22 aprile dell'anno 1879, si metteva in mia cura all'ospedale di Novara. Essa non aveva mai provato malattie tranne il vaiuolo che le aveva lasciato delle stimate assai marcate. All'età di quindici anni trovossi regolarmente mestruata; a vent'anni prese marito ed in seguito figliò più volte, sempre regolar-

(1) Gëburmutterkrebs, Leipzig 1858.

mente. Pare che, come donna, non la si risparmiasse troppo; non ebbe però mai alcun incomodo nè alla vagina nè all'utero. Nulla di ben accertato si è potuto sapere relativamente alle condizioni sanitarie gentilizie. Fu nella primavera dell'anno 1878 che la Giuseppina F... si accorse, per la prima volta, di certe irregolarità nella mestruazione, talora più prolungata e più copiosa dell' ordinario. Dopo un' alternativa nella regolarità del flusso mensile, la quale durò qualche mese, le perdite si convertirono in vere metrorragie. A malgrado di ciò, la paziente, non volendo interrompere i suoi negozî, non pensò mai a curarsi in modo alcuno; ma continuò a stare in piedi ed a lavorare, sebbene, tra una metrorragia e l'altra, si fosse aggiunto lo scolo di una materia muco-purulenta dalla vagina. Ma, nell' aprile dell' anno 1879, soprappresa la Giuseppina F.... da forte metrorragia, non potè a meno di chiedere l'opera del medico, e si rivolse all'egregio dott. Fara. Questi, riconosciuta l'esistenza d'un tumore in vagina, consigliava l'ammalata a ricovrarsi nell'Ospedale di Novara, come in fatto avvenne.

Conosciuti gli antecedenti dell' inferma, e trovatala in uno stato di profonda anemia, onde non aggravarne le condizioni già poco promettenti, mi limitai per alcuni giorni all' applicazione di vesciche di ghiaccio sul ventre, alle irrigazioni di acqua fredda fenicata, internamente all' uso del percloruro di ferro, ad una decozione di china, ed all'assoluto riposo. Con ciò le condizioni dell'ammalata si rialzarono alquanto; allora, premesso un clisterio purgativo ed il cateterismo vescicale, passai all'esame degli organi genitali interni.

Appena divaricate le grandi labbra, si scorse tosto, in mezzo ad esse, un tumore che, riscontrato col dito e collo *speculum* di Sims, si potè constatare avere tale volume da riempiere la vagina già assai distesa, e approssimativamente equivalere a quello d' un grosso arancio. Il tumore era un globo tuberiforme. Nelle parti più sporgenti, il tessuto era talmente molle da simulare una fluttuazione. Aveva poi una tinta bianca traente al rosso; però, verso la base, e fra le solcature lasciate dalle

tuberosità, il colorito era vinoso. Il tumore occupava esattamente il posto del collo uterino, la base del quale, alquanto ingrandita, faceva da peduncolo. Sul davanti, e alquanto in basso del tumore (fig. 1 *b*) si vedeva un notevole infossamento imbutiforme con margini irregolari a guisa di cratere. Tale particolarità fu riconosciuta per l'apertura esterna del collo uterino, la quale dalla neoformazione era stata sformata ed ingrandita. Il tumore, quasi in ogni sua parte, trovavasi coperto dalla mucosa; però, verso la bocca dell'utero ed all'ingiro di essa era abraso, villoso, e presso il canale cervicale profondamente esulcerato. In tale luogo il tumore appena toccato sanguinava, ma trovavasi affatto indolente. Tutto poi era avvolto da molto mucopus sanguinolento ed inodoro che colava dalla vagina. Col muoversi del tumore, si muoveva pure l'utero, il quale, trovandosi da quello sospinto in alto, permetteva che si potesse facilmente accertare come esso nulla avesse di anormale, tanto nella forma che nel volume, e come anche le parti circostanti fossero in condizioni affatto regolari.

La malata non accusava altro che stitichezza, frequente bisogno di mingere, perdita di sangue e scolo purulento dalla vagina, e nessun disturbo, neppure alcun senso di peso o di stiramento ai lombi, nè al basso ventre.

In seguito a tutti questi rilievi si potè facilmente escludere che il tumore fosse prodotto da inversione di utero o da neoplasma disceso dalla cavità uterina; ma restava indeciso se fosse il caso di un' ipertrofia semplice, oppure di un fibroma molle, o di un tumore cistico sarcomatoso, o di un cancro, e, in quest'ultimo caso, se di un epitelioma, oppure di un cancro encefaloide. La forma bernoccoluta del tumore però, non che la mollezza del suo tessuto in alcuni punti, valsero a far escludere l'ipertrofia semplice. Fu anche facile di capire che non si trattava di un tumore cistico o di un fibroma molle o polipo mucoso, osservato che tutto intero il collo dell'utero, era invaso ed ingrandito dal neoplasma. Tuttavia lasciai la diagnosi indecisa fra il cancro ed il fibroma molle o polipo mucoso, impressionato

da quanto il Gaillard ebbe a scrivere al riguardo (1). « Fra i tumori cancerosi costituiti dall'epitelioma cilindrico che si fanno peduncolati e certi polipi mucosi, d' origine semplicemente infiammatoria, vi è tanta rassomiglianza di configurazione e di struttura che il chirurgo più abile può trovarsi imbarazzato a distinguerli ». Le apparenze inducevano piuttosto a credere che si trattasse di un cancro encefaloide anzichè di un epitelioma; io però lasciai la quistione insoluta, ben supponendo che, come asseriscono Cornil e Ranvier (2), l'epitelioma ed il carcinoma aventi origine dal collo uterino non possono essere distinti, uno dall'altro, nè per specialità di caratteri riscontrati durante la malattia e neppure all'atto dell'autopsia.

Posta in tal maniera la diagnosi, mi determinai all'esportazione del tumore, in vista massime delle emorragie che rapidamente facevano deperire l'ammalata, e incoraggiato dal vedere che il neoplasma era limitato al collo uterino; e ciò quantunque non ignorassi che tale limitazione poteva, come spesso avviene, essere solo apparente. Non restava che la scelta del processo operativo fra i molti che vengono proposti per l'esportazione del collo uterino. Atteso il volume del tumore, era senz'altro da escludersi la esportazione colla ghigliottina di Sims, non che la raschiatura e le cauterizzazioni col bromo proposte da Volkmann, Simon, Novaro ed altri. Anche il metodo dello svuotamento, indicato da Pean (3), nè quello molto somigliante dell'escisione imbutiforme colla riunione dei margini della ferita, quale fu descritto da Hegar e Kaltenback nel loro Manuale di ginecologia operativa, potevasi con vantaggio adoperare, giacchè vi si opponevano ed il volume del tumore che empiva la vagina e rendeva difficile il maneggio del tagliente, e la facile emorragia. La scelta pertanto si riduceva fra l'ansa galvanica, e lo schiacciatore di Chassaignac, oppure agli altri schiacciatori a filo metallico come quelli di

(1) Leçons cliniques sur les maladies des femmes, Paris 1876.
(2) Cornil et Ranvier, Manuel d'histologie pathologique, pag. 1150.
(3) Leçons clinique chirurgicales 1876.

Meyer, di Metzer e di Cintrac. Io non poteva servirmi dello schiacciatore di Chassaignac poichè non avevo a mia disposizione quello ricurvo il quale, come è noto, occorre per operare in quelle località. Una tale mancanza non m'imbarazzava, avvegnachè oggidì, per tali operazioni, la generalità dei ginecologi usa di sostituire l'ansa galvanica all'istrumento di Chassaignac. Specialmente nell'esportazione del collo dell'utero noi vediamo consigliarsi l'ansa galvanica da Demarquay (1), Grünewaldt (2), Spiegelberg (3), Labbe (4), e da altri. Per mia parte ho data la preferenza allo strettoio con filo metallico, e ciò per due riflessi: perchè tale strumento avendomi, come già nelle mani di Hildebrandt (5), dato ottimi risultati anche nell'esportazione di grossi polipi fibrosi dell'utero, non vi era ragione per credere che sarebbe stato da meno ora che si trattava di dividere un collo uterino che in apparenza sembrava molle; inoltre, perchè l'esperienza mi ha dimostrato che l'ansa galvanica non sempre ci preserva dall' emorragia, come qualcuno vorrebbe far credere (6).

L'operazione fu eseguita il giorno 1.° di maggio (1879), coll'assistenza di parecchi medici dello stabilimento e del dottor Drisaldi di Cerano.

Durante l'applicazione del laccio metallico feci stare la donna carponi, e mantenni la vagina dilatata collo speculum di Sims,

(1) Traité clinique des maladies de l'utérus. Paris 1876.

(2) Zur operativen Behandlung der bösartigen Neubildungen an der Vaginalportion und der Scheide. Arch. f. Ginack. 1877.

(3) Arch. f. Gynecologie. 1874.

(4) Dell'impiego della galvanoplastica termica nella cura dei tumori epiteliari del collo uterino. Ann. di Ginecologia. 1875.

(5) Dei polipi fibrosi dell'utero. Conferenza N. 38. Raccolta di Volkmann.

(6) L'ansa galvanica facendo una sezione piana può lasciare in posto parte di tessuto ammalato, e precisamente quella corrispondente al canal cervicale dove l'alterazione ha maggior disposizione ad approfondirsi. Ciò ebbi campo di osservare recentemente in una signora Torinese da me operata perchè affetta da larga esulcerazione cancerosa al collo uterino. La malattia riprodottasi in corrispondenza all'apertura cervicale guariva benissimo facendo un'esportazione a cono della porzione di cervice rimasta in posto.

affinchè nelle pareti di essa non si formassero delle pieghe che avrebbero potuto essere comprese nel laccio. Applicato il laccio senza molta difficoltà, e strettolo alquanto, feci adagiare la paziente sul fianco sinistro, poscia continuai la strozzatura del tumore senza inconvenienti, fino alla divisione di due terzi circa della base del tumore. In tal punto s'incontrò una resistenza molto maggiore ed il laccio si ruppe. Ne applicai un secondo più grosso, ma anche questo, dopo pochi giri, si spezzò. Vista la difficoltà di poter ultimare l'operazione colla semplice strozzatura, dopo applicato il terzo laccio e strettolo ben bene, demolii tutto il tumore che si trovava sul davanti di esso, colle forbici curve nel modo indicato da Hegar di Friburgo. L'emorragia fu nulla. Esportato il tumore e levato lo strettoio, si vide, al luogo di quello, un' incavatura piramidale ampia e profonda come se si fosse snucleato il collo uterino dal corpo dell'utero. Assicuratomi che il canale vaginale era intatto, che ogni porzione di tumore era stata tolta, riempii la profonda breccia con filacce bagnate nel percloruro di ferro e feci porre la donna a letto.

L'operazione fu eseguita senza anestetizzazione, nè generale nè locale, e riuscì poco dolorosa. L'unico accidente intervenuto durante l'operazione si fu che il tumore, quando lo si cominciò a schiacciare, si screpolò in vari punti d'onde ne usciva una materia bianchiccia molle come la sostanza cerebrale spappolata.

Nel dì dell'operazione, ed in quello successivo, fu tenuta sul ventre dell'operata una vescica di ghiaccio, la si obbligò ad un riposo assoluto e le si prescrissero gli oppiati. Fu necessario una volta il cateterismo, fuori di ciò la paziente non ebbe incomodo e stette sempre benissimo: apiresia completa, nessun dolore, nessuna emorragia, sonno tranquillo ed appetito. La cura consecutiva poi fu delle più semplici. In terza giornata cauterizzai col termo-cauterio di Paquelin la parte dove prima stava impiantato il tumore. Nei dì successivi mi limitai a frequenti lavacri con acqua fenicata ed a qualche pennellata di nitrato d'argento alla ferita, finchè, staccatasi completamente

l'escara, medicai la rimanente piaga con uno stuello di filacce spalmate con una pomata composta di 10 grammi di jodoformio, 40 grammi di sugna ed uno di cloralio idrato. Con questa pomata che, in altri casi, ho esperimentata essere preferibile ai suppositori di semplice jodoformio consigliati da Demarquay e Barker, dopo 21 giorni dall'operazione, la cicatrizzazione era completa e la paziente lasciava l'ospedale. Io rividi più volte la Giuseppa F... ed anche recentissimamente, cioè addì 10 del corrente gennaio, e non solo seppi dalla medesima come essa si trovasse benissimo, e come lo indicava anche il miglioramento sensibilissimo avvenuto nello stato generale, ma potei anche accertarmi della stabilità della guarigione locale.

Il tumore pesava due ettogrammi e venticinque grammi, ed alla superficie era rivestito da una camicia fibrosa di spessore varìo nelle varie località. Nei punti più rilevati e bernoccoluti lo strato involgente era sottilissimo; in altri punti invece aveva lo spessore di più centimetri che andava diventando maggiore a misura che lo strato si avvicinava alla base dove il tumore si poteva dire interamente fibroso. Questo involucro fibroso mandava dei sepimenti verso le parti più profonde e centrali del tumore, per cui questo internamente si trovava diviso in tante concamerazioni di diversa forma e grandezza, le quali erano empiute dalla materia molliccia bianca che più sopra abbiamo paragonato alla sostanza cerebrale. Da ciò è facile di capire quanto variasse la consistenza ed il colorito del tumore nei differenti luoghi. Al taglio, il tumore gemeva molto umore lattiginoso, e si vedeva che l'alterazione era più avanzata verso il centro, là dove cioè vi avrebbe dovuto essere il canale cervicale, e dove in sua vece vi era una profonda esulcerazione anfrattuosa a guisa di cratere.

All'esame microscopico appariva tosto manifesta la natura cancerosa del tumore e distinti lo stroma e la parte cancerosa propriamente detta. Lo stroma abbondava di vasi ed appariva tanto più stipato quanto più lo si esaminava verso la base

del tumore dove non si trovava che un tessuto fibro-muscolare. Nelle adiacenze dei nodi cancerosi lo stroma era formato da tessuto fibrillare lasso ed era copiosamente infiltrato da piccole cellule rotonde (Tav. I, fig. 2 a) o da cellule ameboidi, per cui lo stroma, in qualche punto, assumeva quasi l'aspetto di un tessuto di granulazione. Frammezzo a questo tessuto connettivo e fibrillare si trovavano annidati dei gruppi di cellule epiteliali delle più svariate forme, con prevalenza delle cilindriche, strettamente addossate le une alle altre. Il protoplasma era fortemente granuloso. I nuclei ed i nucleoli risaltavano per la loro notevole grandezza e pei loro contorni ben disegnati.

L'importanza del caso sopradescritto, tanto nei rispetti anatomo-patologici che nei terapeutici, non può essere disconosciuta. È cosa ammessa da tutti i ginecologi che il cancro uterino, di qualunque specie esso sia, sviluppatosi nel suo principio in modo subdolo, finisce nel più dei casi coll'invadere le parti circostanti e rende impossibile, o puramente palliativa, qualsiasi operazione. E ciò si può dire particolarmente dell'epitelioma cilindrico che, come è noto, nasce costantemente dal canale cervicale, sia che abbia la forma di polipo o di massa. In questo caso, come osserva Chouppe (1), l'ulcerazione sopravviene rapidissimamente e invade la superficie del canale cervicale per un tratto molto esteso. Ciò è confermato anche da Cornil e Ranvier (2), i quali si esprimono in questo modo: « L'epitelioma primitivo presenta sulla mucosa uterina due varietà distinte: l'epitelioma pavimentoso con o senza globuli epidermici e l'epitelioma a cellule cilindriche. La prima varietà ci è sembrata più frequente della seconda. Da quanto noi sappiamo circa la localizzazione di questi tumori considerati in generale, essi non prendono origine che sopra mucose le quali posseggono delle cellule di rivestimento pari a quelle da cui sono costituiti.

(1) Demarquay. Traité clinique des maladies de l'uterus. Parigi 1876.
(2) Manuel d'istologie patologique, 1869.

Tav. I.

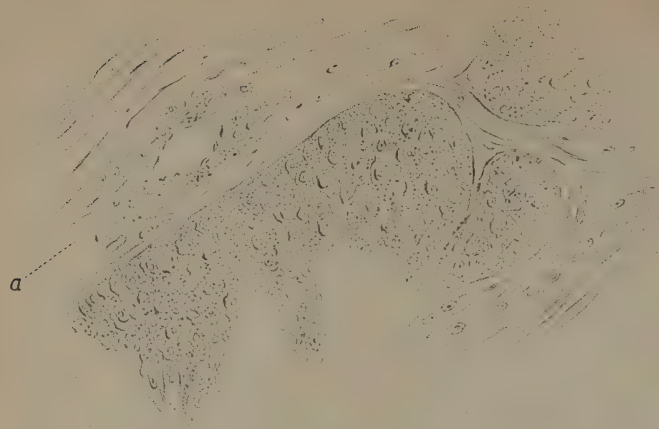


Fig. II

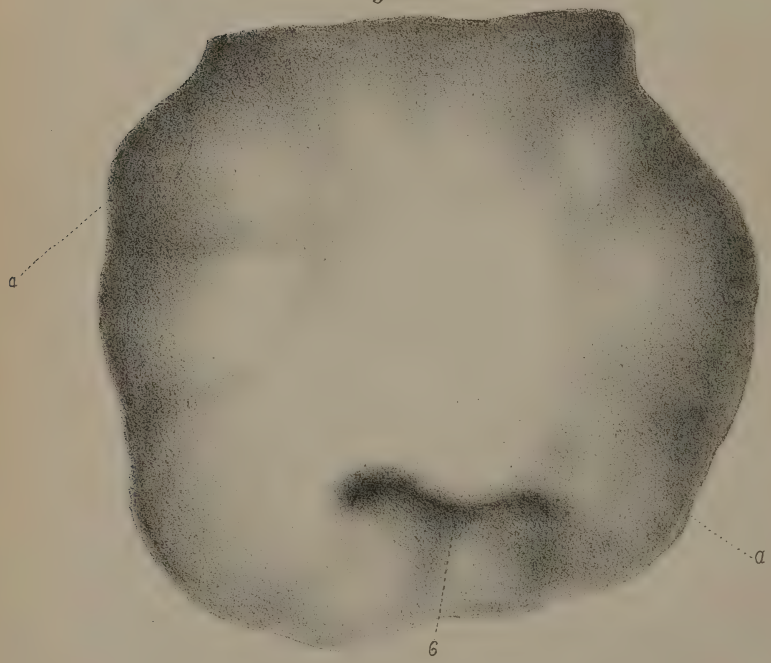


Fig. I.

F. Parona dis.

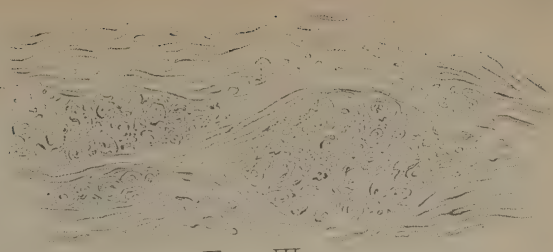


Fig. III.

Fig I.

Fig. II.

F. Parona dis.

« Sopra il collo esistono precisamente allo stato normale il rivestimento di cellule pavimentose stratificate della porzione vaginale ed uno strato di cellule cilindriche della mucosa del canale cervicale. Abbiamo avuto occasione di vedere tre casi di epitelioma cilindrico ed in tutti e tre vi era stata diffusione del tumore. Alle parti vicine ai gangli, alla vescica ed al retto in un caso, ai nervi ischiatico e crurale in un altro; in una di queste osservazioni il tessuto dell'utero era completamente invaso, insieme ai vasi linfatici che serpeggiano verso la superficie peritoneale. Non eravi generalizzazione in parti più lontane, ma si conosce un certo numero di casi ben studiati, nei quali una tale generalizzazione è stata riscontrata. »

Da tutto questo è facile di capire quanto rara deve essere la guarigione di un epitelioma del collo in genere e dell'epitelioma cilindrico in ispecie, e come vi siano autori i quali dubitano seriamente della possibilità di guarire il cancro uterino con un atto operativo. Guserow infatti dice esplicitamente che guarigioni ben accertate del cancro uterino ottenute mercè l'operazione, non ve ne sono, e che egli almeno non ne ha mai vedute. Demarquay poi scrive che « dans des cas extrêmement rares l'ablation du col peut, si la section a porté sur un tissu encore sain, faire expérer une guérison, ou du moins entraver le retour du mal pendant un temps dont la durée fait croire à la guérison ». E certamente si conoscono casi in cui la riproduzione fu assai tardiva, ed il prof. Hegar ne adduce uno nel quale si ebbe la riproduzione del male dopo diciotto mesi. Ciò per altro non vuol dire, che non ci possa esser stata guarigione, perchè il male potrebbe essere ricomparso non già per i germi lasciati in posto, ma per il ripetersi di quelle stesse cause che ne determinarono lo sviluppo la prima volta. D' altra parte, sebbene siano pur troppo rarissimi i casi di guarigione veramente stabile, tuttavia se ne conoscono, e tra questi, quelli riferiti da Mayer (1), Virchow, Langenbeck (2)

(1) Monatschr. f. Geburtsk, luglio 1861.
(2) Monatschr, f Geburtsk, luglio 1861.

ed altri, ai quali si può aggiungere quello di Amussat (1) che nel 1871 fece l'amputazione del collo a causa di un tumore epiteliare voluminosissimo. La donna operata, nel 1875, cioè quattro anni dopo, era ancora viva, robusta e non presentava recidiva. Si può dunque concludere che l' epitelioma cilindrico del collo uterino, anche pervenuto ad un volume ragguardevole, può essere ancora circoscritto e guarito mercè l'operazione.

Caso II. — *Cancroide alla vagina con nodo canceroso al corpo dell'utero apertosi nella cavità addominale causando peritonite mortale.* — Sul finire dell' anno 1875 veniva in mia cura all'ospedale di Novara una donna del borgo di Trecate, dell'età d'anni 52. Costei accusava una escrescenza la quale, da quattro a cinque mesi, per quanto almeno ella credeva, le si era sviluppata alla parte sinistra della vagina. Dalle assunte notizie risultò che la donna, d'aspetto sanissimo, era stata mestruata a quattordici anni, a venti era passata a marito ed in seguito partoriva felicemente due volte. Verso l'età d'anni 45 eranle cessate le mestruazioni, e fino a qualche mese prima di presentarsi a me, non aveva avuto disturbi di sorta. Ma da qualche tempo l'accennata escrescenza le era causa di prurito vaginale, di dolori intermittenti e frizzanti, non che di uno scolo mucoso dalla vagina, forse favorito dalle frequenti strofinature cui la paziente ricorreva per lenire il forte prurito che provava alla parte. Null'altro ho potuto sapere in ordine all'anamnesi della ammalata.

Divaricata la vulva, si vedeva appiattato, un centimetro dietro il piccolo labbro sinistro, un tumore di forma ovale del diametro massimo di tre centimetri, d'aspetto verrucoso, a base dura e fissa al tessuto cellulare sottostante, indolente al tatto, ma sede di qualche dolore frizzante. Dietro esame opportunamente diretto, si è potuto rilevare che la vagina era molto

(1) Traitement de l'epitelioma du col de l'uterus par la galvanocaustique, Gaz. des Hôpitaux, 1875.

ampia, il collo uterino di volume e configurazione normali, l'utero alquanto ingrossato e con una gibbosità a larga base verso il suo fondo. L'utero però, poco dolente alla pressione, non era sede di speciale incomodità, non avendo mai avuto nè emorragie, nè scoli fetenti, nè coliche uterine, nè altro sintomo grave. In conseguenza di tutto ciò feci diagnosi di papilloma maligno della vagina e di probabile fibroma interparietale del fondo dell'utero. Siccome però non era riuscito a trovare alterazioni, nè alle ghiandole, nè ai visceri posti nelle adiacenze dell' utero, stabilii di fare l' esportazione del papilloma della vagina, riservandomi di provvedere, quando ne fosse stato il caso, al presupposto mioma uterino.

L' esportazione del papilloma fu fatta col bistorì e durante l'operazione mi avvidi che il tumore aveva radici più profonde di quello che appariva; perciò procurai di fare una esportazione piuttosto estesa dei tessuti ad esso adiacenti. Ciò produsse una copiosa perdita di sangue che fu d'uopo frenare col percloruro di ferro, colla compressione e colla legatura di parecchie arteriuzze. Non si ebbero accidenti consecutivi i quali si potessero attribuire all'operazione; tant'è che la paziente, in sesta giornata, voleva alzarsi. Se non che il giorno dopo l'ammalata veniva colta quasi ad un tratto da dolori di ventre violentissimi, cioè da peritonite così acuta che in due giorni la uccideva.

All'autopsia, fatta trenta ore dopo la morte, nulla si è trovato di notevole nè al capo, nè alla cavità toracica. Nella cavità del ventre invece, oltre a discreta quantità di siero purulento, si trovarono tutte le anse intestinali adese lassamente da essudato fibrinoso, e si conobbe causa della peritonite essere stata la rottura dell'utero verso il fondo di esso, vale a dire, nel punto dove si era constatata l'intumescenza la quale aveva fatto credere all'esistenza di un mioma.

Accertatomi che nè l'intestino retto, nè la vescica, nè le ghiandole linfatiche del bacino erano alterate, esportai dal cadavere l' utero, le ovaie e la vagina per farne un esame più

particolareggiato. Risultò che l' utero in complesso aveva un volume triplo del normale, atteso specialmente l'inspessimento della sua parete la quale, verso il fondo, era di quattro centimetri, ed andava diminuendo gradatamente verso il collo uterino il quale trovavasi al tutto normale.

Là dove la parete uterina (Tav. II, fig. 1) aveva maggior spessore, essa era profondamente corrosa, fatta a brandelli e convertita in una massa frastagliata, in parte affatto libera ed in parte tuttora aderente al tessuto uterino. Questo processo esulcerativo erasi particolarmente sviluppato verso la superficie esterna peritoneale, per cui, fattasi in essa una larga breccia, ne venne la peritonite. L'esame del collo uterino e delle ovaie, valse a confermare quanto già si era rilevato all'esame dell'ammalata, cioè che quei visceri erano sani. Alla vagina poi, ed intorno al punto dove era stato esportato il papilloma, si trovò che la parete era più ispessita che non nelle altre parti, per cui nacque il dubbio che non si fosse esportata tutta quanta la parte ammalata. Ciò infatti venne confermato dall'esame macroscopico e microscopico, tanto del tumore che della parete vaginale, nei punti adiacenti alla località operata.

Il tumoretto esportato si presentava al taglio come nella fig. 2 della tavola II, cioè formato di uno strato esterno granuloso e villoso, e di un più profondo connettivo attraversato in vario senso da spazi tubulari di diversa grandezza pieni di una sostanza gialliccia untuosa, la quale, sotto la pressione, schizzava fuori con facilità. Col microscopio si conobbe evidente la prolificazione papillare, non così avanzata però da costituire la parte essenziale dell'alterazione, poichè questa risiedeva particolarmente nel sottostante tessuto connettivo il quale era indurito ed infiltrato da zaffi epiteliari quali si vedono nel cancroide. Tale infiltrazione era così estesa che trovavansi dei nodi cancerosi anche a notevole distanza dalla parte operata.

Passando ora all'alterazione che, come fu detto, esisteva all'utero, l'esame microscopico già aveva fatto credere alla natura cancerosa di essa, ben sapendosi come il cancro del corpo,

oltre alla forma diffusa o per infiltrazione, si presenta anche talvolta sotto forma di focolai rotondi circoscritti nel parenchima dell'utero, e che questi si rammolliscono e si moltiplicano e possono dar luogo a perforazioni tanto allo esterno che verso la cavità uterina. La fig. 3 della tav. II, rappresentante una porzione di parete uterina nella parte esulcerata vista col microscopio, toglie ogni dubbio al riguardo e ci dispensa da ulteriori dettagli.

L'infiltrazione epiteliare del parenchima uterino appariva minore a misura che si allontanava dalla parte esulcerata. Le cellule cancerose stavano in preda ad una degenerazione adiposa, e le fibre muscolari collo svilupparsi dei focolai cancerosi andavano scomparendo, ed il tessuto connettivo era fortemente infiltrato da piccole cellule rotonde.

Questo importante pezzo patologico, come anche il tumore che fu soggetto della prima osservazione, si conservano nel Museo dell'Ospedale Maggiore di Novara.

Nel caso di cancroide descritto ora, sembranmi particolarmente notevoli due circostanze, cioè la rarità del cancro al corpo dell'utero, specialmente sotto la forma di nodo secondario al papilloma maligno della parte più esterna della parete vaginale, e la difficoltà del suo diagnostico.

Non è dubbio che il carcinoma del corpo, relativamente a quello del collo, sia di estrema rarità. Ciò è riconosciuto da tutti i trattatisti di ginecologia. Nel caso poi di cui qui si è trattato, la rarità la si direbbe ancora maggiore ove si voglia ritenere l'alterazione trovata all'utero come secondaria al cancroide della vagina; avvegnachè, giusta la regola stabilita da Virchow, i tumori secondari compaiono rarissimamente negli organi che sono molto predisposti ai tumori primari.

Veramente si potrebbe contestare che l'alterazione cancerosa alla vagina fosse la primitiva; però, sebbene io non sappia qui addurre fatti assoluti in sostegno della secondarietà del nodo canceroso al corpo dell'utero, tuttavia a me sembra più naturale questa supposizione. Per ciò che riguarda la diagnosi della

malattia, io penso che sia quasi impossibile stabilire la natura del male mentre ancor vive l'ammalata, specialmente quando, come nel caso descritto, vi sia mancanza completa di sintomi obbiettivi, quali la metrorragia, lo scolo fetente e l'eliminazione per le vie naturali dei detriti, e quando i sintomi subbiettivi sono identici a quelli d'altri tumori uterini, quali i miomi, fibromi, ecc. Una tale difficoltà di diagnostico è affermata da tutti gli scrittori non escluso lo stesso Pichot (1) il quale, dall'analisi comparativa di 44 casi di cancro del corpo dell'utero, ha tentato di mettere insieme una sintomatologia affine di agevolare la diagnosi di una malattia così oscura.

(1) Étude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'uterus. Thèse. Paris 1876.

Miscellanea di Ginecologia

TRE CASI CLINICI

PER IL

PROF. D. CHIARA

Direttore della Regia Scuola di Ostetricia in Milano

SOMMARIO. — Grossa cisti composta endogena dell'ovario sinistro a contenuto colloideo. — Estese aderenze con il peritoneo parietale e con l'intestino. — Ovariotomia. — Fissazione del peduncolo all'angolo inferiore della ferita. — Guarigione in 22 giorni.

Scrive Gaillard Thomas a pag. 686 del suo Trattato clinico delle malattie delle donne (trad. francese, Parigi 1879): « Quoi- » que l'ovariotomie ait maintenant triomphé des violentes op- » positions qu'elle avait rencontrées à son apparition, elle con- » stitue encore une opération trop récente pour qu'il soit per- » mis de négliger aucune des informations qui peuvent nous » être fournies par la statistique . . . . . Toutes les obser- » vations doivent être publiées avec soin, afin de grossir le » nombre total des cas dont on pourra en suite tirer des con- » clusions pour, ou contre le procédé opératoire ». — Queste savie parole del ginecologo americano sono specialmente applicabili alla nostra Italia, ed in esse il lettore degli Annali troverà la causa e la giustificazione della presente istoria. — Andreina B.... maritata Mor.... da Villanovetta su quel di Saluzzo, prov. di Cuneo, il 17 dicembre 1879 veniva ricoverata nell'ospizio di maternità milanese perchè dicentesi, e sospetta, gravida di circa 4 mesi con la non frequente complicanza di grosso tumore addominale: accolta tra le paganti a trattamento

comune, fu registrata col n.° progr. 302. — Dopo riconfortata con 40 ore di riposo, qualche pillola calmante per la notte, ed un lungo bagno generale caldo, la mattina del giorno 19 veniva esaminata con la massima cura. — Ecco in succinto l'esito dell'esame.

Donna di 29 anni, di alta statura (1^m,65), di bella armonìa di forme, di carattere dolce e gajo; nessuna malattia di qualche rilievo in passato; pubere a 19 anni, passa a marito a 20; mestruazione regolarissima fino a 4 mesi or sono; durata 4 dì, niun fenomeno simpatico, neppure il più lieve dolore lombare.

Un anno dopo il matrimonio partoriva felicemente un bambino a termine ch'essa allattò per 2 mesi, e, mortogli di morbo accidentale, allattava un altro bambino quale nutrice mercenaria per circa 15 mesi, a malgrado di forte mastite suppurata della mammella destra; questa mastite venne dopo trascorso un puerperio fisiologico. Or fanno circa 2 anni s'accorse la paziente di un continuo ingrossare dell'addome ch'essa non suppose neppure un momento essere effetto di gravidanza perchè sempre regolarmente mestruata: niun disturbo degno di nota s'associò per parte degli apparati digerenti, respiratorio e circolatorio; nulla sa dire la donna del punto dove sarebbe apparsa in prima la tumescenza. — L'arte medica oppose al morbo dapprima i più efficaci diuretici, e poi 4 punture con intervallo variato da 3 settimane a 6 mesi; tre furono fatte sulla linea mediana e a qualche centimetro di distanza, una sopra l'altra; una, la 1.ª, infruttuosa, sul lato destro e nel punto di elezione della paracentesi addominale; la quantità del liquido che si ottenne variò da 5 a 20 litri; questi con l'ultima puntura fatta dal distinto collega Giovanni Ferrero di Verzuolo: — il liquido era filante, untuoso e giallo-verdognolo siccome denso olio di noce: aggiunge la paziente che sì dopo la prima che dopo l'ultima paracentesi essa sentì distintamente con la palpazione un grosso tumore assai duro e tondeggiante all'epigastrio; questo tumore la donna distingueva sempre meno con il rinnovarsi della raccolta, e finiva

per iscomparire quando questa toccava la proporzione di prima. S. P. — Lieve dimagramento, cute e mucose colorate, muscolatura piuttosto soda; niun disturbo degli organi de' sensi, lieve insonnio più per stiramenti lombari che per irritabilità cerebrale. — La tiroide non è ingrossata, nè si avvertono tumefazioni ghiandolari in alcun punto. — Risonanza polmonare e murmure vescicolare normali: area cardiaca punto ingrandita, toni regolari, impulso nel 4.° spazio e dentro la linea mammillare. — Le funzioni digerenti si effettuano tuttora bene; appetenza, digestione pronta, defecazione facile e regolare; mitto frequente, quantità dell'urina scarsa; la ottusità epatica si stende dal 6.° spazio intercostale fino al margine costale; tra il limite inferiore del fegato e la ottusità superiore del tumore corre un tratto a suono timpanico esteso precisamente di circa 2 centim.; la milza è ne' suoi confini, ma spinta molto all' indietro; niun indizio di edema nè agli arti inferiori nè altrove.

Funzioni genitali. — *Mammelle flaccidissime senza traccia di secrezione qualsiasi;* sospesa la mestruazione da circa 4 mesi, lieve leucorrea, stiramenti lombari quando la donna giace supina. — Con il *riscontro* vaginale si raggiunge stentatamente il muso di tinca che sentesi *molliccio*, *beante*, come granuloso. — Messa la donna sul fianco, ripetuto il riscontro vaginale e fatto quello rettale si avverte che l'utero è cacciato nella pelvi, lievemente antiflesso, piccolo e duro; pertanto si esclude la gravidanza, che la sospensione de' mestrui fino al momento sempre regolari, il rammollimento e l'apertura del collo aveva fatto supporre a chi primo visitava la donna. Con il riscontro rettale si sente pure una specie di cordone che attraversa obliquamente il campo della esplorazione; pare che il cordone venga da sinistra; ma la sensazione ottenuta non è abbastanza netta da permettere un giudizio franco e inappuntabile. Sia durante la esplorazione rettale che in quella vaginale, il dito tenuto sull'utero non vi avverte alcun spostamento prodotto da' moti di lateralità impressi al tumore.

Esame del tumore. — *Ispezione.* — Addome straordinariamente sviluppato, pendente in avanti tanto da ricoprire i due terzi superiori della faccia anteriore delle coscie; la forma è approssimativamente ovoidea con la piccola estremità verso l'innanzi. La pelle ha colorito normale su tutto l'ambito del tumore, ad eccezione della parte mediana sott'ombellicale dove mostra un colore rosso-rameico, ma senza essere lucida; lungo la linea alba spiccano le traccie delle punture praticate, come spicca nel sito di elezione per la paracentesi a destra la traccia della puntura infruttuosa quivi praticata; il bellico è appianato ed a livello della cute che si vede solcata da qualche vena nella metà superiore della intumescenza; ma nè il numero, nè la mole, nè specialmente la disposizione di queste vene dà indizio d'inceppamento nel circolo della vena porta o della cava.

Misurazione. — Dall'apofisi ensiforme al pube

Circonferenza addominale a livello dell' ombellico	centim.	69
Circonferenza media sott'ombellicale	»	126
Circonferenza media sopraombellicale	»	121
Dalla cicatrice ombellicale alla spina illiaca. . . .	»	112

A. S. D. 41 centim. Id. id. . . . A. S. S. 39 idem.

Percussione. — Il tumore si spinge da' due lati fino agli archi costalî; però con la percussione si riesce ancora a delimitare uno stretto spazio sonoro sopra la ottusità di confine del tumore: sono risonanti le regioni ileo-costale e lombare di destra e di sinistra.

Palpazione. — La pelle scorre sul tumore destando una lieve sensazione di fruscio nella zona sott'ombellicale, e linea mediana; niuna ineguaglianza, nessuna nodosità è dato di avvertire in qualche punto della estensione del tumore che offre dappertutto la stessa resistenza; fluttuazione sensibilissima con ondulazioni molto estese che s'irradiano in tutti i sensi, e più in alto a destra che a sinistra; la trasmissione delle

onde riesce completa dal polo superiore a quello inferiore.

Ascoltazione. — Questa è assolutamente negativa.

Operazione. — Constatata la vacuità dell'utero noi avremmo dovuto congedare la donna com'era venuta; peraltro di fronte alle insistenti e calorose preghiere della paziente per essere liberata dal suo tumore, non ci resse l'animo di rimandarla, e confortati *dal concetto diagnostico di cistoma uni o paucilocular senza molte nè fitte aderenze, specialmente in basso*, non che dalle ottime condizioni fisiche e morali della donna, deliberammo di operarla, ciò che avvenne il 23 dicembre, cioè 6 giorni dopo il suo ingresso nell'ospizio. — Premessa la preparazione raccomandata da' più accreditati ovariotomisti, cioè buona e leggiera vittitazione, qualche dose di oppio, e alcuni bagni generali tiepidi, alle ore 2 pom. del detto giorno 23 la operanda fu condotta nella sala de'parti riscaldata fino a 16 R., inumidendone l'atmosfera con generoso inaffiamento fenico del suolo ed evaporazione di acqua fenicata da bottiglie poste sulla stufa. Erano presenti all'atto operativo, oltre il personale sanitario dell'ospizio, i signori prof. Tibone direttore della Clinica ostetrica di Torino, dott. Benazzi medico di S. C., dottor Mariani medico-praticante e dott. Demaldé medico a Gavirate; il cav. Griffini direttore dell'ospizio occupato altrove non potè trovarsi presente.

1.° *Tempo:* Cloroformizzata la donna, vien fatta un'incisione alle pareti addominali (divenute fortemente edematose alla regione sott'ombellicale) sulla linea mediana, partendo da 4 centim. circa sopra il pube, prolungandola in alto per circa 9 centim.; la divisione dei tessuti vien fatta strato a strato sulla guida di lunga sonda scanalata, e messo allo scoperto il peritoneo lo si apre con tutta cautela; si presenta tosto nel campo della ferita la parete anteriore della cisti che mostrasi tesa, di aspetto fibroso, lucente, qua e là percorsa da tortuose venuzze.

2.° *Tempo:* L'indice della mano destra viene immesso tra la parete addominale e quella cistica, sì a destra che a sinistra,

e si constata la esistenza di aderenze estese, ma lasse, e che cedono alla pressione del dito in tutto il campo accessibile a questo.

3.° *Tempo:* Un trequarti di Spencer-Wells viene impiantato nella porzione di cisti messa in vista, e tosto dopo il dottor Mangiagalli infigge una delle branche della pinza di Koeberlé nella cisti stessa e lateralmente al trequarti nello scopo di stirare allo esterno la cisti man mano che si sarebbe svuotata; ma parte per il troppo volume dei denti della pinza, parte per la fragilità della cisti, questa si lacera lasciando sgorgare abbondante il liquido contenuto; ad ovviare a che questo si spanda nel cavo peritoneale la breccia viene chiusa con pieno effetto da due pinze emostatiche del Péan; il liquido prende la via del trequarti, e per l'annesso lungo tubo di gomma viene raccolto in un vaso in quantità di kilogrm. 20.

È un liquido denso di color cioccolatto scuro, fortemente viscido ed untuoso.

4.° *Tempo:* vuotata la cisti, che fino a questo momento si credeva ancora unica, se ne tentò la estrazione resa tosto impossibile da fibrose aderenze poco vascolari, ma piuttosto tenaci, e che la mano constatava estendentisi in giro, ma più a destra. In allora sulla guida del dito si prolunga di circa 3 centimetri la ferita in alto e poi s'immette la mano destra con la quale si rompono numerose aderenze, e si palpa una grossa massa solida già sentita all'epigastrio constatando che apparteneva alla cisti medesima e che per il suo volume e per le proprie aderenze si opponeva fortemente all'estrazione del sacco. Pertanto fu giocoforza prolungare ancora di 2 centim. l'apertura delle pareti addominali, e quindi combinando la rottura di aderenze fatte dal dito e dal manico dello scalpello con trazioni di fronte e pressioni a tergo si riuscì ad affrontare un grosso segmento della massa tondeggiante alla breccia dell'addome per fare poi una puntura col trequarti di Koeberlé che diede esito soltanto a pochi grammi di liquido, tanto era questo denso, viscido e tenace. Si tornò quindi alla

demolizione delle aderenze col mezzo della mano, del dito, del manico del coltello combinata con trazioni e pressioni a tergo finchè in capo a circa quindici minuti di sforzi il tumore veniva estrinsecato: due aderenze a destra e una intestinale a sinistra vennero tagliate previa legatura con seta fenicata; questi punti si lasciarono perduti.

4.° e 5.° *Tempo:* La massa fuori estratta imbarazzando colla sua mole il campo d'azione si pensò di fare un peduncolo provvisorio circondante il sacco con un filo di ferro stretto e mantenuto dal costrittore di Cintrat e tagliare con un coltello d'amputazione tutta la massa soprastante. Si potè constatare allora che la grande cisti prolungavasi verso la cavità pelvica quivi tenuta da grossa briglia proveniente da sinistra: escisa questa, fu possibile estrarre quanto rimaneva della cisti che mostrò aderenti nella sua porzione destra due altre cisti della grandezza di un ovo circa. Il peduncolo nastriforme largo due buone dita veniva dal corno sinistro dell'utero, e presentandosi sufficientemente lungo, se ne decise la fissazione allo esterno dell'angolo inferiore della ferita addominale. Fu per tanto stretto col clamp di Baker-Brown, tagliato il rimanente del sacco mezzo centimetro al disopra del clamp, e, constatato rapidamente lo stato normale dell'ovaio destro e dell'utero, si passò al

6.° *Tempo:* La pulitura del peritoneo fu fatta con pezze di flanella, di garza, e con grandi e piccole spugne, mettendovi tutto il tempo e tutta la diligenza che l'importanza dell'atto domanda; debbo dire qui che la nebbia fenica mutandosi in corrente quando cade sui tessuti aiuta efficacemente la pulitura del peritoneo.

Il 7.° *tempo* che è la collocazione del drain venne ommesso e si passò all'ultimo tempo, la sutura della ferita addominale.

Questa si ottiene con sette punti metallici comprendenti anche il peritoneo e uno superficiale con seta fenicata al di sotto del peduncolo: questo riprendendo la sua primitiva direzione

imprime al clamp una giacitura obliqua da destra a sinistra e dal basso in alto. Sì fatta direzione del clamp non soddisfacendomi troppo, come quella che avrebbe portata una pressione mal distribuita, e quindi la necessità di rimoverlo presto, pensai di trafiggere trasversalmente il moncone sotto il clamp con un ago lanceolato comprendendo la cute, e farvi passare attorno stringendolo con forza un robusto filo di seta fenicato. Il gemizio di sangue fu moderatissimo (200 grammi circa), e benissimo tollerata la cloroformizzazione, i cui effetti si protrassero per circa un'ora dopo l'atto operativo che durò ore una, 30′. Fu fatta la medicatura Listeriana e postavi sopra una grossa vescica di ghiaccio.

Prospetto *della temperatura, del polso e del respiro durante l'operazione e qualche tempo dopo cioè dalle 2 alle 4.7′ pom.*

		T.	R.	P.
Prima dell'anestesia	2 p.	37.4	—	—
Dopo cominciata l'anestesia	2.7	37.7	22	80
	2.17	37.5	—	—
Aperto il cavo peritoneale .	—	36.6	24	104
	2.22	36.8	24	88
	2,27	36.9	—	104
	2.32	37.6	24	96
	2.37	37.6	—	108
	2.50	37.5	—	96
	3 —	37.4	28	102
	3.5	37	30	114
	3.10	36.7	—	103
	3.15	36.5	40	120
	3.20	36.6	—	116
	3.30	36.2	36	120
	3.45	36.5	36	120
	4.7	36.8	—	120
	8	38	20	88

Prima di narrare l'andamento della malattia chirurgica riferirò la breve descrizione del tumore fatta dal bravo dottor Negri, medico secondo assistente.

La massima parte del tumore era costituita da una grande cisti a parete fibrosa piuttosto resistente formante tutta la parte inferiore del tumore medesimo; gli è in questa cisti che capivano i 20 chilogrammi di liquido color cioccolatte filante venuto dal trequarti.

La parete interna di questa grande concamerazione è perfettamente liscia, e non contiene appendice alcuna, fatta eccezione della parte inferiore che fu l'ultima esportata.

In questa regione difatti si notano a sinistra vari tumoretti, alcuni sessili, altri con tendenza a peduncolarsi, della grandezza che varia da quella di un cece a quella di una grossa castagna, di aspetto gialliccio e che tagliati non danno liquido alcuno; fanno parte colla loro base della parete cistica. A destra fra due o tre di cotesti tumoretti spiccano due più grandi cistici in parte, e in parte col carattere degli altri, uno grande quanto una castagna, l'altro quanto un arancio. Il contenuto di questa è un siero scorrevole e filante, e della piccola un liquido simile a gomma sciolta ma molto densa.

La parte superiore, quella che per brevità fu detta solida, è contenuta in una specie di borsa fibrosa che si continua dovunque con le pareti della cisti di cui potrebbe considerarsi quasi come uno sdoppiamento.

Questa specie di capsula fibrosa è resistente, molto vascolarizzata, ma un po' meno grossa della parete della grande cisti. Il contenuto è un aggregato di numerose cisti di varia grandezza impiantate per buona parte sulle pareti e pel rimanente su qualche briglia che passa da un lato all' altro. Talune contengono siero limpido, incoloro, ma il maggior numero ha contenuto fortemente colloideo. In fine tra le varie cisti si nota qua e là qualche porzione ancora con i caratteri dei tumoretti già notati al fondo della grande cisti. Con un minuto esame si rilevò poi che questi tumoretti erano un agglome-

rato di piccolissime cisti contenenti liquido densissimo; alcune soltanto contengono liquido prosciolto, le altre sono tutte conglomerate. Il liquido della grande cisti aveva il P. S. di 1028, e reazione neutra; il microscopio ci mostrò numerosi globuli sanguigni rossi, alcuni ben conservati, altri più o meno deperiti, cellule embrionali bene e male conservate, qualche cellula di epitelio pavimentoso, rare cellule prismatiche, molte gocciole di grasso, corpuscoli del Gluge.

Decorso e trattamento consecutivo. — 23 dicembre sera. — Calma perfetta, nessun dolore. — Temperatura 38, polso 88, respiro 20.

Si prescrivono pillole d' oppio di un centigramma l' una, si pone una siringa elastica a permanenza in vescica e si rinnova il ghiaccio sul ventre.

24 mattina. — Temp. 38,8 polso 106, respiro 28, notte buona, prese 10 pillole d'oppio, fisonomia composta, nessun dolore, ventre piano, non vomito, nè singhiozzo, urine intensamente fenicate; appetì e prese un brodo.

Sera, ore 3. — Temp. 39,5, p. 106, r. 28.

Ore 8 pom. — Temp. 39,6. Sete viva, senso di calore generale; si avverte odore disgustoso verso la regione inferiore della medicatura e si decide toglierla per esaminare lo stato delle cose. Il silk protective è trovato perfettamente verde, il moncone duro e non puzzolento; lo si ricopre di cotone al percloruro di ferro e si rinnova la medicatura antisettica.

Il clamp si è fatto più obliquo e tende alla direzione longitudinale; lievissimo dolore alla pressione sull'ipogastrio, ventre piano, non vomito, orine meno fenicate; si toglie la siringa di vescica perchè riconosciuta causa di sgocciolìo fuori del vaso destinato a raccogliere l'orina, d'onde l'odore disgustoso constatato; si ordina la siringatura ogni tre ore; ancora qualche pillola d'oppio.

25 mattina. — Temp. 38,7, p. 112, r. 18. Dormì otto ore; al mattino prese un po' di gelatina e del vino di Bordeaux; fu siringata ogni tre ore, ottenendo discreta copia di orine limpide: ventre piano, nessun dolore, senso di benessere.

Sera ore 3. — Temp. 39, p. 120, r. 20; le si fa vedere il tumore che le cagiona piacere grandissimo e forte meraviglia.

Ore 8 $^1/_2$ p. — Temp. 38,8, p. 112, r. 29.

26 mattina. — Notte intieramente dormita senza pillole di oppio, benessere generale, fisonomia tranquilla, niun dolore all'addome, ventre piano, orina non fenicata sedimentosa con muco-pus; minestra di tapioca, rossi d'uova, vino di Bordeaux.

Sera 3 $^1/_2$. — Si rinnova la medicatura e si trova il silk perfettamente asettico; niun odore, moncone mummificato; se ne asportano 2 pezzetti, e si toglie il clamp. Ventre a barca affatto indolente alla pressione; niun stimolo alla defecazione. Temp. 39,5, p. 108, r. 16.

Sera 8 pom. — Temp. 39,2.

Prescrizioni: bisolfato di chinino grammi 2, vino Marsala grammi 100 da bere poco per volta.

Dal 27 al 31 dicembre temperatura oscillante tra 37,5 e 38,4, massima vespertina; prova un po' di tenesmo vescicale, e le orine sono rosse per sangue commisto che viene dal collo della vescica; il microscopio vi dimostra: numerosi cristalli di fosfato tribasico ammonio-magnesiaci, gocciole di grasso, cellule embrionali numerose e numerose emasie ben conservate, cellule di epitelio pavimentoso, densità 1036, r. neutra; si fanno lavature con acqua tiepida fenicata: si sono tolti i primi quattro punti della sutura addominale; dieta di minestre, pollo, caffè e latte, vino barolo, nessuna prescrizione farmaceutica, un clistere semplice seguito da effetto.

Dal primo al sei gennaio le condizioni vescicali vanno migliorando e il sei gennaio l'orina è ridiventata normale.

Si tolgono altri tre punti della sutura; la mortificazione del moncone progredisce rapidamente; notti calme e dormite, appetenza, digestioni attive regolari — alvo normale, temperatura massima 37,8 minima 36,7, polso massima 88, minima 72, respiro invariato a 16.

Da sette al dieci gennaio si toglie l'ultimo punto di sutura,

non che il laccio di seta che circondava il moncone intieramente mortificato e l'ago che lo trafiggeva cui si trova incurvato per la trazione subita dal peduncolo; rimane un piccolo e poco profondo imbuto che si copre ben tosto di granulazioni e che si medica una volta al giorno; la ferita ha contratto coalito perfetto in tutta la sua lunghezza; nessun disturbo funzionale di alcuna fatta e la donna abbandona il letto il giorno dieci, diciottesimo dall'operazione.

Dall'undici al diciotto gennaio l'imbuto lasciato dalla mortificazione del moncone s'è chiuso, e l'operata lascia l'ospizio la mattina del giorno 21 in ottimo stato di salute.

Se la stagione non fosse stata così rigida e il viaggio lungo si sarebbe potuto congedare la donna una settimana primá.

Ci asteniamo dal fare considerazioni lasciando piena libertà al lettore che troverà nella fedele relazione del fatto la garanzia della verità dei punti che a lui parranno più degni di nota, di considerazione, di studio.

(Continua).

MORTE IN PUERPERIO

PER

INTRODUZIONE DI ARIA NELLE VENE

OSSERVAZIONE E CONSIDERAZIONI

DEL

DOTT. LUIGI MANGIAGALLI

Medico 1.° Assistente nella R. Scuola di Ostetricia

DIRETTA DAL

Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

Sono trascorsi due anni ed è ancora vivissima nell'animo mio l'impressione dell'avvenuta catastrofe, ed ancora mi si affaccia agli occhi lo spettacolo miserando; e siccome la storia dei disastri e degli errori non è meno feconda di utili ammaestramenti che quello dei trionfi dell'arte, dietro invito del mio maestro, il prof. Chiara, illustro e pubblico questa storia ad ammaestramento mio ed altrui, poichè, *convenit etiam simplex erroris confessio,* come scrive Celso, *praecipueque in eo ministerio, quod utilitatis causa posteris traditur, ne qui decipiantur eadem ratione, qua quis ante deceptus est* (1). Del resto l'osservazione che verrò esponendo, può interessare per molti altri riguardi i cultori delle discipline ostetriche, per i fatti che precessero la terminazione fatale. Ed invero poche volte accade di assistere allo svolgersi di una tela così intrecciata di straordinari e luttuosi accidenti: presentazione del tronco, rottura della vagina, embriotomia, fistola vescico-vaginale, ascesso parauterino, ed infine embolismo aereo che chiude la scena; ed in

(1) Celsus, De Medicina, liber VIII, cap. 4.

causa di quello stesso agente che sembrava dovesse risanare la donna.

Alle 8 ant. del 24 dicembre entrava in questo Ospizio una contadina in travaglio, d'anni 30, di sana e robusta costituzione fisica, alta m. 1,59, a pelvi normale, pluripara. Ella aveva avuto, antecedentemente all'attuale, sei gravidanze condotte regolarmente a termine con parti spontanei, naturali, facili, seguiti da puerperî fisiologici. L'attuale gravidanza pure può considerarsi arrivata al suo termine fisiologico, tanto in base ai segni razionali quanto in base ai caratteri anatomici. Colate le acque, utero retratto sul suo contenuto, ascoltazione negativa, presentazione del piano laterale, braccio procidente non più reagente in modo riflesso agli stimoli esterni, fu quanto ci apprese un primo rapido esame. Il braccio procidente, posto in posizione intermedia fra la pronazione e la supinazione, offriva il pollice rivolto anteriormente, la faccia palmare rivolta alla coscia destra della madre: evidente era quindi la diagnosi di presentazione della spalla sinistra in posizione dorso-posteriore. Preferisco quest'ultima denominazione a dinotare la posizione, perchè parmi la più acconcia a mettere in rilievo un precetto d'importanza pratica nell'attuazione del rivolgimento. A mio avviso infatti uno dei precetti che domina la tecnica della versione podalica con manovre interne *nei casi difficili*, riguarda precisamente il modo d'introduzione della mano, che deve essere *prona* quando il dorso è rivolto posteriormente, *supina* quando questo guarda anteriormente. Questo precetto affatto elementare lo vidi frequentemente trascurato, ed è alla sua trascuranza, che io addebito la non riuscita di operatori poco familiari colle difficoltà della tocurgia, tanto è vero che nel non esiguo numero di casi da me visto, in cui parecchi medici si erano provati invano colle difficoltà di una versione, il dorso era sempre rivolto posteriormente. Non a caso sottolineai *nei casi difficili*, poichè nelle condizioni favorevoli il rivolgimento può riuscire egualmente bene anche facendo getto di ogni principio, vuoi colla mano destra, vuoi colla sinistra,

sia ponendo la donna sul fianco, sia adagiandola nella posizione sacro-dorsale, tanto afferrando il piede superiore quanto l'inferiore, quantunque io non creda siano affatto oziosi i precetti dati a tale proposito. Onde non divagare troppo m'intratterrò soltanto dell'ultimo punto accennato. Si dice da scrittori autorevoli che afferrando il piede inferiore si facilita la flessione del feto sul piano laterale presentato, che afferrando il piede superiore se ne facilita l'evoluzione. Io ammetto questo fatto e non ne disconosco i corollari pratici che se ne possono trarre: c'è però una circostanza su cui non venne attirata a sufficienza l'attenzione dei pratici. Hubert descrivendo il meccanismo del parto ha fatto giustamente osservare, come nelle presentazioni dell'ovoide podalico incompleto, in posizione sinistra posteriore, quando l'arto inferiore di destra sia esteso e flesso invece sul piano anteriore del feto quello di sinistra, nel progresso successivo del parto la posizione sacro-sinistra posteriore si converte in destra posteriore, indi in destra anteriore e non in sinistra anteriore, e come quindi l'ostetrico il quale assiste al parto non debba contrastare acchè il feto percorra tale tramite quantunque il più lungo. Non è qui il luogo di accennare alla ragione di questo fatto, che io ebbi campo a constatare parecchie volte, ma incidentalmente ho voluto indicarlo perchè anche la pratica del rivolgimento potrebbe giovarsene, e perchè può servire a dimostrare esservi una serie di casi in cui più convenga la presa del piede superiore, ed un'altra serie invece in cui sarebbe a preferirsi la presa dell'arto situato inferiormente.

Ma ritorniamo al nostro caso, in cui precisamente a domicilio eransi fatti infruttuosamente numerosi tentativi di liberazione, dopo i quali, all'ingresso della donna in clinica, erano già trascorse le condizioni favorevoli pel rivolgimento. Amministrato alla donna un bagno tiepido della durata di circa un'ora a combattere la retrazione uterina, non essendo ancora la parte presentata profondamente impegnata, alle 9 ant. si procede ad un tentativo di versione, collocando la donna sul fianco sinistro. In un primo tentativo la mano sinistra, supe-

rando con difficoltà il collo, di cui si lacera poco profondamente la porzione vaginale, arriva in corrispondenza del piano sternale del feto, senzachè per altro le riesca di raggiungere ed afferrare un ginocchio od un piede. Nel fare un secondo tentativo di versione, appena la mano è in vagina, l'operatore, il dott. Cuzzi, allora Medico primo assistente, senza fare sforzo di sorta, chè la mano era tenuta immobile e non procedeva nel canale vaginale, avverte che le pareti vaginali sembravano cedere durante la contrazione uterina, e cedono infatti nella loro parte anteriore, superiore. Edotto il professore di questo fatto invita l'operatore a desistere dall'atto operativo ed a ritirare la mano onde evitare un possibile aumento dell'avvenuta spontanea lacerazione, e delibera di procedere alla liberazione della donna mediante una operazione embriotomica. Il meccanismo con cui avvenne la lacerazione della vagina, è facile a comprendersi: ogni qualvolta l'utero si contraeva, non riuscendo ad impegnare nel canale pelvico-genitale la parte presentata, costituita dal piano laterale, dovevano stiracchiarsi continuamente i suoi attacchi vaginali distendendo oltre misura la vagina ed alla fine provocandone la rottura, situata infatti in direzione pressochè trasversale. Ognuno, infatti, il quale si sia trovato alle prese con un caso di versione difficile, avrà notato quel particolare allungamento non solo della vagina, ma anche del collo, nel quale risiede una causa particolare di rottura tanto della cervice quanto della vagina, disposizione messa in evidenza anche nelle tavole unite all'opera del prof. Chiara *sulla evoluzione spontanea sorpresa in atto mediante la congelazione.* Tale questione sarebbe in stretta relazione collo studio del modo di comportarsi del collo e del segmento uterino inferiore nella gravidanza e nel parto, argomento tuttora in discussione e bellamente illustrato dai recenti lavori di Bandl, di Müller, di Thiede. Comunque sia egli è evidente, che in questo caso la lacerazione avvenne spontaneamente, poichè l'operatore stesso, mentre teneva immota la mano nel canale vaginale, avvertiva i presenti, che egli *sentiva* cedere la vagina.

Posta la donna nella posizione classica, il professore introduce ed applica l'uncino decollatore di Braun; ma a malgrado delle trazioni esercitate non si riesce a dividere la colonna vertebrale cervicale, benchè le trazioni fossero abbastanza energiche, per quanto almeno lo permettevano le condizioni del canale vaginale dell'operanda. E la forza con cui si devono esercitare le trazioni ed i movimenti di chiave coll'uncino di Braun, perchè riescano allo scopo che si prefiggono, è precisamente uno dei massimi inconvenienti che si possono ad esso rimproverare, specialmente quando la tema di rendere più estese lacerazioni già esistenti ci imponga molta prudenza nel maneggiarlo. A detto uncino venne sostituito quello modificato da Cuzzi; e così questo strumento, razionalmente più acconcio, riceveva anche quella sanzione pratica, che gli desidera il dott. Chiarleoni nel suo articolo *Embriotomia* pubblicato nella Enciclopedia Medica Italiana. Con esso infatti si riesciva con relativa facilità a dividere il collo: praticando trazioni sul braccio procidente si estrae il tronco, ed uncinata quindi la mandibola inferiore viene agevolmente estratta anche la testa contenuta nel cavo uterino. In questi casi, vale a dire, quando la testa staccata dal tronco, rimane sola nella cavità uterina il dott. Chiarleoni, nello stesso articolo sopracitato, ad ovviare all'inconveniente che ad un diametro obliquo o trasverso della pelvi, si affronti, quando si uncini la mandibola inferiore, un diametro maggiore od eguale costituito dalla distanza che intercorre fra il fronte ed il moncone più o meno lungo del collo reciso o strappato, suggerisce la manovra di introdurre il pollice in bocca e di passare l'indice lungo l'esofago fino alla retrobocca, riescendo in tal modo ad impegnare la testa in modo più ragionevole. Questa manovra suggerita dall'egregio ostetrico mi sembra di impossibile attuazione: esaminando il moncone del collo a testa recisa o strappata dal tronco si vede, che mentre la trachea sporge dal piano dei tessuti e rimane beante per la elasticità dei tessuti di cui si compone, l'estremo dell'esofago invece si retrae; ed impareggiabile potrebbe certo considerarsi il tatto di quell'indice che

sapesse ricercarlo ed introdurvisi, ove questo non fosse semplicemente inattuabile pel motivo che l'indice non può penetrarvi per la sproporzione diametrica. Ho osservato invece che il dito si apre facilmente la via al di dietro dell'esofago nel cellulare situato al davanti dei muscoli e della aponeurosi prevertebrale, e che per essa senza sforzi potrebbe arrivare alla retrobocca.

Il secondamento mediante la spremitura fu facile. Si constata che la lacerazione alla parte alta anteriore della vagina non è penetrante nè in vescica nè nel cavo peritoneale: non havvi emorragia: si applica una larga vescica di ghiaccio all'ipogastrio; s'introduce nella breccia un tubo di drenaggio e si praticano per esso irrigazioni fenicate, in numero di quattro al giorno.

Il puerperio fu tempestoso ed accennerò ai fatti principali che in esso si osservarono, e che precessero la catastrofe, avvenuta precisamente nella 46ª giornata di puerperio, quando per la prima volta notavasi l'apiressia completa al mattino.

24 Dicembre. — Sera: T. 37,6, P. 84, R. 24: vino, laudano, ghiaccio sul ventre.

25 Dicembre. — Notte tranquilla, stato generale soddisfacente, utero molto sensibile, mitto spontaneo.

Mattino:	T. 37	P. 92	R. 28
Sera:	» 38,8	» 104	» 28

26 Dicembre. — Condizioni identiche.

Mattino:	T. 38,6	P. 112	R. 28
Sera:	» 38,2	» 120	» 28

27 Dicembre. — Condizioni generali e locali immutate, si continua sempre nelle irrigazioni fenicate nel tubo di drenaggio; non avendo avuto defecazioni si amministrano 50 centigrm. di calomelano.

Mattino:	T. 38,7	P. 116	R. 24
Sera:	» 38	» 112	» 28

28 Dicembre. — Dormì poco nella notte, qualche dolore in-

testinale, utero dolente alla pressione *più a destra*, due defecazioni, urina spontaneamente.

Mattino: T. 39 P. 120 R. 28
Sera: » 39,6 » 124 R. 32

29 Dicembre. — *Tumescenza estesa che si eleva sino quasi a livello dell'ombellico, dolente specialmente a sinistra e che immobilizza l'utero completamente: col riscontro si rileva come detta tumescenza non deprima la volta vaginale.* Nausee, qualche colpo di tosse, 5 defecazioni, emissione spontanea dell'urina.

Mattino: T. 38 P. 112 R. 28
Sera: » 39 » 116 » 32

30 Dicembre. — Non dormì per dolori uterini e intestinali, tosse forte, secrezione lattea non comparsa, lochi fetenti, *sette defecazioni, si fa necessario il cateterismo vescicale.*

Mattino: T. 38,6 P. 108 R. 28
Sera: » 39 » 124 » 28

31 Dicembre. — Lieve miglioramento dei fenomeni generali e locali: otto defecazioni, *cateterismo*, due vescicanti alle regioni iliache.

Mattino: T. 38 P. 108 R. 32
Sera: » 39,3 » 120 » 28

1 Gennaio. — Sei defecazioni, *perdita delle orine dalla vagina.* E qui richiamo l'attenzione del lettore sul fatto notevole della produzione di una fistola vescico-vaginale in *nona* giornata, fatto che non sarebbesi mai osservato in uno spoglio di 211 osservazioni di presentazione di spalla fatto dal dott. Chiarleoni (1). In questo caso la produzione della fistola fu dovuta alla caduta di una escara da compressione, o *come mi pare più probabile*, da un processo necrotico svoltosi sul fondo dell'avvenuta lacerazione, pel fatto di un processo flogistico intenso?

Mattino: T. 39 P. 112 R. 32
Sera: » 39 » 116 » 28

(1) Chiarleoni, Sei casi di decollazione.

Dal 1.° al 18 Gennaio non si verificarono fatti di qualche rilievo: la temperatura fu sempre oscillante fra 38° e 39°5, senza che per altro insorgessero brividi di freddo: la paziente fu sempre molestata da diarrea e da tosse, e fu costante la perdita involontaria delle urine. Lochiazione purulenta sempre abbondante ed un po' fetente, per cui si fece uso frequente di irrigazioni feniche endo-uterine, che unitamente al vino di Marsala, al chinino, a qualche polvere del Dower costituirono la terapia messa in opera in questo periodo di tempo.

19 Gennaio: Praticato il riscontro vaginale, si rileva posteriormente ed a sinistra una tumescenza elastica, fluttuante che deprime il fornice vaginale e che incisa nella nebbia fenica, dà esito a discreta copia di marcia.

Mattino:	T. 39	P. 116	R. 28
Sera:	» 39,5	» 116	» 32

20 Gennaio. — Ventre sempre tumido e dolente nella zona sotto-ombellicale, dormì bene nella notte, nessun brivido.

Mattino:	T. 38,5	P. 112	R. 28
Sera:	» 39,2	» 112	» 28

21 Gennaio. — Nella notte dormì poco, stato generale abbattuto; essendosi fatta la tosse più insistente e più intensa, si ripete l' esame del petto che prima era stato pressochè negativo. Anteriormente risonanza polmonare normale: respiro vescicolare più aspro a destra con qualche rantolo sonoro: posteriormente risonanza un po' esagerata a destra e superiormente, ove in corrispondenza della spina della scapola avvertonsi rantoli cavernulosi. In tutto il resto dell'ambito toracico russi e rantoli a grosse e medie bolle, raggruppati in corrispondenza della 6.ª costa di sinistra. Verso la base bilateralmente la risonanza si fa un po' più alta, e breve e scarso il respiro vescicolare; sputi piccoli, tondeggianti, muco-purulenti che esaminati al microscopio non offrono alcuna traccia di fibre elastiche.

Mattino:	T. 37,8	P. 100	R. 28
Sera:	» 39,2	» 104	» 36

22 Gennaio. — Brivido di freddo che si ripete ogni giorno fino al 28 Gennaio, per cui pur continuando nell'uso del vino di Marsala e del chinino si ricorre alla polverizzazione fenicata del cavo suppurante. Questa si pratica mediante un polverizzatore Richardson, dal cui turacciolo si dipartono due tubi di gomma che vengono a riunirsi e ad abbracciare un' asta tubulata lunga 12 centim. circa, foggiata a sonda e da cui erompe la soluzione fenicata suddivisa molecolarmente dall'aria, e ciò allo scopo di penetrare anche i meandri dell'anfrattuosa cavità ascessuale, dalla quale, notisi, *di tanto in tanto gemeva un po' di sangue.*

Sotto l'influenza di tale trattamento le condizioni locali si andarono migliorando, la quantità di marcia andò mano mano diminuendo, e restringendosi la cavità ascessuale. Anche il ventre si faceva più piano, meno dolente la zona sotto-ombellicale, era scomparsa la diarrea, cessata la perdita di urina dalla vagina e la tosse travagliava molto meno la paziente. La temperatura fu però sempre oscillante fra 38° e 39°.

6 Febbraio. —	Mattino:	T. 38	P. 92	R. 28
	Sera:	» 39	» 104	» 24
7 »	Mattino:	» 37	» 88	» 24

Alle 10 ant. si pratica la consueta polverizzazione fenicata: ai primi colpi di pressione sulla palla elastica del polverizzatore, la donna si eleva sul fianco destro, esclama sorridendo, ed accennando al petto, *mi vien l'aria su qua*, getta un grido, rovescia la testa all'indietro, cade sul letto, il polso si fa impercettibile, le pupille si fanno midriatiche, l'orecchio accostato alla regione precordiale fa sentire un rumore di liquido commisto ad aria, ed in men che si dice l'ammalata è morta, lasciandoci esterrefatti dal terrore per l'inattesa catastrofe.

Clinicamente non poteva esservi alcun dubbio: l'aria cacciata dal propulsore elastico in una venuzza beante del cavo suppurante aveva apportato la morte. L'autopsia venne a comprovarcelo: udiamone i responsi. La cava ascendente è vuota di sangue ed incisa lascia sprigionare bolle di gas; il ventricolo

destro è quasi raddoppiato di volume: legati i grandi vasi che dal cuore si dipartono ed estratto dalla cavità toracica questo viscere unitamente ai polmoni, s'incidono i ventricoli sotto acqua e ne escono grosse bolle di aria, più dal destro che dal sinistro; spaccati dimostrano sangue spumoso entro di essi. I polmoni sono edematosi. La sezione dell'addome ci offrì i seguenti reperti: peritonite parziale con raccolta di legger quantità di pus incisticata in vicinanza della fossa iliaca sinistra e fra le anse del tenue: la quantità di marcia era di circa mezzo bicchiere, e questa presentava un aspetto denso e cremoso. Ai dintorni dell'utero, in grembo al cellulare che lo circonda, osservavansi due cavità a pareti pulite, deterse, coperte da bottoni carnei rosei, non contenenti marcia e non comunicanti col peritoneo. Una di queste cavità ha il suo punto di partenza a destra ed all'avanti della vagina, l'altra a sinistra. Queste due sacche si scorgono evidentemente ridotte in estensione: nella destra si osserva in corrispondenza della parete posteriore un piccolo coagulo, levato il quale si scorge un piccolo orificio che conduce in una vena di mediocre calibro, e sembra precisamente che in esso si sia impuntato il becco dell'asta tubulata del polverizzatore. L'utero è ben ridotto, alquanto frastagliato è il suo orificio esterno. La breccia che metteva in comunicazione la vagina colla vescica si apriva, in questa in vicinanza del trigono, in quella nella parete anteriore in alto ed a destra ma dopo un tragitto alquanto tortuoso.

Dopo il responso della tavola anatomica, sono numerose le considerazioni che si affollano alla mente; e la compartecipazione del peritoneo e del cellulare pelvico al processo puerperale, e la presenza di un ascesso incisticato fra le anse del tenue, potrebbero offrire argomento a disquisizioni che riguardassero la distinzione anatomica, patologica, clinica fra parametrite, perimetrite, o, ove si voglia preferire la terminologia, fra cellulite e peritonite, pelvica, tanto più oggidì in cui le ricerche e gli studi di Freund, di König, di Schlesinger, me ne offrirebbero bella occasione; ma qui il fatto principale as-

sorbe, come di naturale, l'attenzione e quindi non farò parola che dell'accidente funesto che apportò la morte della paziente, alla quale per altro non sembrava riserbata vita prospera e duratura.

Soltanto in questo secolo questo argomento venne studiato completamente e clinicamente benchè in quel monumento di scienza e di pratica inalzato da Morgagni, alla quinta epistola vi si trovi accennato un corpo intiero di dottrina, vi sieno discusse diverse teorie, fra cui la cardiaca richiamata oggidì in valore, vi sieno riferite le esperienze sui bruti di Wepfer, di Brunner, di Camerario, di Redi, di Stenone, di Wander-Heyden, ed i reperti anatomici di Valsalva, di Pechlin, di Ruischio, il quale, *in una donna che morì in un subito, trovò il cuore di una enorme grandezza per aria racchiusavi e quasi senza sangue, e ciò si potè riconoscere mediante la punta del coltello, imperocchè spintavela entro, il cuore si abbassò all'istante come avverrebbe di una vescica ripiena d'aria che fosse punta da un ferro* (1). Morgagni però nella lettera accennata, non studia tale argomento che in relazione allo sprigionamento spontaneo di aria dalla massa sanguigna. Lo studio clinico di questo terribile accidente chirurgico non si inaugurò che nel 1818 con una osservazione riferita da Beauchêne nel *Journal de Magendie* e risguardante un uomo, che, mentre gli si stava esportando un tumore della spalla, emette un grido, preceduto da un rumore speciale e dice: *mon sang tombe dans mon corps, je suis mort.* Una tesi pubblicata da Saucerotte nel 1828 contiene già un certo numero di osservazioni di introduzione chirurgica di aria nelle vene; dopo i lavori si moltiplicano, ed infine nel 1837 e nel 1838 in seno all'Accademia di medicina di Parigi insorse su questo argomento una di quelle famose discussioni di cui vanno celebri gli annali di detta Accademia. E pure malgrado i numerosi fatti già conosciuti, malgrado le numerose esperienze istituite, la possibilità di tale

(1) Morgagni, Lettera V, vol. I, p. 207. Versione italiana di Pietro Maggesi.

accidente lasciava ancora incredule due autorità chirurgiche come Velpeau e Gerdy. La gran maggioranza dei casi di embolismo aereo appartiene alle operazioni che si praticano sul collo od in sua vicinanza. Così sopra 28 casi ben stabiliti il Couty nella sua tesi (1) riassumendo le cause delle operazioni trovò 8 tumori del collo, 4 tumori della parotide o del mascellare, 5 tumori dell'ascella o della spalla, 3 amputazioni di braccio, 3 legature della succlavia, 3 tumori del seno, 1 applicazione di setone, 1 salasso della giugulare. Lo stesso autore riassumendo i casi in cui è ben indicata la vena, trovò che l'aria s'introdusse 9 volte per la giugulare esterna, 8 volte per le vene ascellari grandi o piccole, 5 volte per la giugulare interna, 3 volte per la vena sotto-scapolare, 2 volte per la vena facciale, 2 volte per la giugulare anteriore, 2 volte per una vena cervicale e 2 volte per una vena pettorale assai avvicinata alla clavicola.

Bérard delimitava la *zona pericolosa* in una regione regolarmente elittica, elisse, il cui grande asse era formato dalle due clavicole e cercava la ragione anatomica dell'accidente nella disposizione speciale delle vene cervico-toraciche, che, comprese tra due foglietti aponeurotici, quando incise, vengono a costituire veri canali beanti, per cui può precipitarsi l'aria esterna durante il vuoto inspiratorio. Conchiudendo, a tutta una serie di casi, la più numerosa, sono comuni parecchie circostanze: 1.° sede della ferita in regione prossima al cuore ed ai polmoni e nella quale la tensione sanguigna diventa negativa in confronto di quella dell'aria atmosferica durante il vuoto inspiratorio e l'aspirazione post-sistolica della cavità destra del cuore; 2.° disposizione anatomica speciale delle vene; 3.° spontaneità dell'accidente.

Ma all'infuori di questi casi spettanti al campo chirurgico, propriamente detto, havvene un'altra serie parimenti numerosa, che potrebbe chiamarsi propria del campo ginecologico ed oste-

(1) Couty Louis, Étude expérimentale sur l'entrée de l'air dans les veines et les gaz intravasculaires. Paris, Thèse, 1875.

trico. Non è infrequente il caso che l'aria atmosferica si faccia strada nelle vie generative della donna, con svariati, molteplici e più o meno gravi inconvenienti e danni. Prescindendo dalle analisi chimiche del liquido amniotico, che tenderebbero a farci ammettere in esso dell'aria come contenuto fisiologico, egli è un fatto già constatato da Levret e da' suoi contemporanei che, rotte le membrane e morto il feto, questo passa a rapida putrescenza, il che non avviene a membrane integre, precisamente perchè coll'accesso dell'aria atmosferica vengono a trovarsi riuniti i tre fattori di ogni putrefazione, vale a dire aria, calore, umidità. Ed in mille guise l'ostetrico può aprire un vano all' aria esterna, vuoi esplorando, vuoi introducendo la mano nel cavo uterino per la versione, vuoi nella riposizione manuale o strumentale del funicolo prolabente, vuoi infine nella applicazione delle branche del forcipe, del cefalotribo, ecc. Tale ingresso sarà certo inevitabile quando per la posizione speciale data alla donna, viene diminuita la pressione endo-addominale ed endouterina ed esercitata quindi un' aspirazione dell'aria esterna. Ciò è tanto vero che tutti i ginecologi attraggono la nostra attenzione su questo fatto, quando si pratichi l'esame collo speculum e colle norme di Sims. Ora nel campo ostetrico lo stesso può avvenire quando si operi ponendo la donna o carponi o sul fianco od in posizione latero-anteriore; e parmi che attualmente in cui si tenta di applicare le cautele antisettiche nel dominio dell'ostetricia, sia opportuno richiamare l'attenzione degli ostetrici sopra un inconveniente reale di simili posizioni che d'altra parte possono recare segnalati servigi all'operatore. Di qui pure emerge la speciale importanza della pratica adottata in questo istituto ostetrico di avvolgere le parti generative della donna nella nebbia fenica, ogni qual volta per l'introduzione del dito, della mano o degli strumenti l'aria atmosferica può farsi strada nel canale vagino-uterino. Sono importanti i corollari che si possono trarre dallo studio accurato di questo fatto: la introduzione infatti dell'aria nelle vie materne ci dà ragione:

1.° dei casi osservati di aereazione dei polmoni in bambini indubitabilmente morti poche ore prima del parto, come ne fanno fede le osservazioni di Hecker, di Müller, di Breisky, di Hoffman. Bellissimo è il caso di Hecker (1), nel quale parecchie volte durante il parto erasi introdotta metà la mano per determinare in modo esatto la capacità di una pelvi ristretta. Di tale possibile evenienza si terrà conto nell'apprezzamento tanto della docimasia polmonare, quanto della docimasia dell'orecchio.

2.° Per quanto molti casi descritti di vagito uterino possano lasciarci scettici a tale riguardo, pure non può contestarsene la possibilità tanto più dopo che le ricerche di Preuschen (2) hanno dimostrato all'evidenza l'influenza dello stimolo dell'aria sui moti respiratorî.

3.° Il timpanismo uterino per presenza di gaz nel cavo uterino, si sieno essi sviluppati per putrescenza del contenuto o vi sieno arrivati dall'esterno, ci spiega in modo ovvio l'inerzia uterina ed il sospendersi del travaglio, in simili casi, come ebbi a constatare nel modo il più convincente in un caso recente di donna osteomalacica in cui la liberazione venne da me praticata mediante l'uncino acuto, e come venne rilevato da ogni osservatore, colla differenza che molti lasciarono nel dimenticatoio questo importante fattore, non richiamando la propria attenzione che sulle mutate condizioni di proprietà fisiche del feto pel fatto della sua putrefazione. L'influenza dei gas raccolti nel viscere gestante sulle sue contrazioni venne messa in piena luce specialmente da un recente lavoro di Staude (3).

4.° La rottura stessa dell'utero per l'espandersi dei gas in

(1) Hecker, Zur Frage über das Vorkommen intrauterinen Lungenemphysems. Archiv, f. pathol. Anat. und Phys. Bd. 16.

(2) V. Preuschen, Ueber die Ursachen der ersten Athem bewegungon. Zeitschrift. f. Gebh. u. Gyn. Bd. I. H. 2.

(3) Staude, Ueber den Eintritt von Luft in die Gebärmutter im Verlauf Zögernder Geburten und intrauterine Fruchtfäulniss. Zeitschrift. Gebürtsh. Bd. III, H. 1.

esso contenuti, come in un caso di Torally, riportato nel manuale di ostetricia di Busch e di Moser.

Tali considerazioni potrebbero per avventura riguardarsi in niuna correlazione coll'argomento che ci occupa, se, in una serie di fatti ben constatati, i gaz introdottisi o sviluppatisi nel cavo uterino, in uno dei modi indicati, non si fossero aperta la via per entro i seni uterini apportando rapidamente la morte.

Due casi di Winkel (1), riferiti da Staude, sono specialmente convincenti a tale riguardo e credo interessante il ricordarli: i partigiani di un pronto intervento vi troveranno nuovo appoggio alle loro idee.

1. N. 931. Donna rachitica, d'anni 28, secondipara, liberata la prima volta mediante la cefalotrissia, dopo la quale ebbe a soffrire una fistola vescico-vaginale. Sp. 26, Cr. 27,25, C. E. 18, C. V. 7,75. Presentazione dell'ovoide podalico in seconda posizione, mancanti i segni della vita del bambino, inerzia uterina, scolate le acque. La volta vaginale ed il segmento uterino inferiore sono convertiti in una massa cicatriziale, con una apertura rappresentante la bocca uterina ed accessibile ad un dito, ed al davanti di essa la fistola vescico-vaginale della grandezza di un tallero. Vennero praticate iniezioni in vagina. Dodici ore dopo l'ingresso della partoriente insorse un intenso brivido di freddo (T. 39°,6) con vomito ripetuto, fluiva liquido amniotico fetente: cinque ore più tardi un secondo brivido con T. 38,4 P. 132, R. 48; 3 ore e mezza dopo che l'orificio uterino si era dilatato a due talleri, e *abbondanti gaz si sprigionavano*, venne estratto il bambino. Sotto fenomeni di progressivo collasso e di aumentante cianosi, seguiva la morte 4 ore dopo la morte. *Reperto necroscopico.* Sierosa uterina qua e là sollevata in piccola estensione dall'aria sotto forma di vescichette. Nella parete uterina posteriore, corrispondentemente alla parte inferiore della cervice una perforazione rotonda, nelle cui vicinanze la parete uterina è molto sottile. Il tessuto uterino stride al taglio e bolle di aria si sprigionano dalle vene. La vena spermatica destra e la cava inferiore sono espanse dall'aria: dalla superficie di sezione della milza e dalle vene del cuore si sprigionano pure bollicine di aria.

2. N. 841. — Primipara, d'anni 22. — Entra nell'ospizio il 17 novembre, ore 11 $^1/_2$ pom.. — Le doglie erano cominciate circa 16 ore prima — scolo delle acque: 1.ª posizione di vertice, toni cardiaci a sinistra, porzione vaginale lunga 2 $^1/_2$ ctm. accessibile al dito. Sp. 27, Cr. 29, C. ext. 18, D. obl. utr. 21, C. V. 9 ctm. Nove ore dopo l'ingresso della partoriente il feto morì.

---

(1) Winkel, Berichte u. Studien. Bd. II. Zur Pathologie der Schwangerschaft. u. Geb. von Osterloh.

— Il 18 novembre alle 11 $^1/_2$ a. la temperatura del corpo cominciò a salire. — Poichè l'orificio uterino non si dilatava punto, vennero praticate doccie tiepide. Alle 10 $^1/_4$ pom. a dilatazione di 3 ctm. venne praticata la perforazione della volta ed evacuata la massa cerebrale. — Di ora in ora si praticarono iniezioni di soluzioni di acido salicilico. — Nella notte alle 12 $^1/_2$ intenso brivido di freddo con T. 41°, delirio, dispnea. Un liquame putrido fluiva dall'utero, epistassi ripetuta, vomito, perdurante l'inerzia uterina. — Il 19 novembre alle 5 a. la bocca uterina era della grandezza del palmo della mano, molto scaduta la fisionomia della paziente, P. 136. B. 42. — Alle 7 $^1/_2$ a. a dilatazione compiuta venne nuovamente praticata la perforazione e quindi estratto il bambino col cranioclaste: all'uscita del feto *tenne dietro una gran quantità di gas fetenti.* — Progressiva prostrazione delle forze. — L'utero rimase inerte, flaccido, ed *abbracciandolo colla mano si poteva produrre un distinto rumore di crepitio.* — Morte un'ora dopo il parto. — *Sezione 2 ore e* $^3/_4$ *dopo la morte.* — Alla pressione sulle pareti uterine evidente rumore da enfisema, e dai vasi beanti si sprigiona un liquido sanguinolento schiumoso, — La vena cava inferiore e le vene iliache contengono aria in modica quantità. — Nei vasi del fegato sangue schiumoso.

Ho voluto riportare questi due casi perchè i più dimostrativi, tanto più che in uno di questi l'autopsia venne fatta pochissimo tempo dopo la morte, il che allontana ogni dubbio sul possibile svolgimento di pus per la putrefazione, come si potrebbe sospettare in un caso consegnato nei protocolli dell'istituto ostetrico di Berlino. Potrei moltiplicare le citazioni, specialmente riferendomi ad una serie di casi consegnati nella raccolta del British Medical Journal, ma ciò non aggiungerebbe niente all'evidenza della dimostrazione dell'assunto che gas svoltisi od entrati nella cavità esterna possono pe' suoi seni beanti entrare in circolo ed apportare la morte. Solo aggiungerò il seguente caso, perchè in esso molto probabilmente la posizione della donna favorì l'ingresso dell'aria esterna (1).

Donna IVpara, abbondante liquido amniotico: la donna giaceva sul lato sinistro, mentre la borsa protrudeva dai genitali: la levatrice non riesce a rompere il sacco e poco dopo la borsa rompesi spontaneamente con scolo abbondante di liquido ed in questo frattempo il capo s' impegna profondamente: 5 minuti dopo la donna è assalita da violenta dispnea e muore dopo moti con-

---

(1) Kezmarszky Ueber Lufteintritt in die Blutbahnen durch den puerperalen uterus. Arch. f. Synack. Bol. XIII. H 2.

vulsivi. La sezione dimostrò *nelle vene addominali e nel cuor destro numerose bolle di aria.* L' autore spiega il caso ammettendo che all' atto della rottura delle membrane, per la diminuita tensione endoaddominale ed endouterina, dell'aria siasi insinuata fra membrane e pareti vaginali, che quest'aria non abbia dopo potuto sprigionarsi pel rapido impegno del capo e che dalle sopravenienti contrazioni uterine venisse spinta, in causa del conseguente distacco parziale della placenta, nelle vene placentari.

Ma quale è il meccanismo con cui avviene tale fatale passaggio di aria nel circolo? L'ultima parola su questo argomento non è stata ancora pronunciata: nondimeno parmi sufficientemente rigorosa l'ipotesi, la quale ammette anche per le vene uterine un'azione aspirante durante il vuoto inspiratorio: è questo, unitamente alla vis a tergo esercitata dalla sistole ventricolare uno dei fattori principali del circolo venoso, e nulla ripugna al credere che esso abbia parte nella produzione del temuto accidente. Questa spiega venne già nettamente formulata da Amussat nel 1839, nel suo lavoro così dovizioso di fatti clinici e sperimentali (1): chè poi le vene uterine possano, anzichè accasciarsi, restare beanti per speciali condizioni anatomiche è ammesso anche da Shröder, laddove nel suo trattato di ostetricia parla della possibilità di questo accidente nelle operazioni che si praticano sul collo uterino. Aggiungi che, svuotato l'utero, anche la pressione endo-addominale ne va diminuita, tanto più in determinate posizioni della donna, il che deve contribuire a facilitare l' accidente. Alcuni poi, come Cormak, Simpson, Osterloh, Kezmarsky riconoscono nella contrazione uterina stessa la causa che spinge nei seni uterini l'aria contenuta nella cavità uterina. A ver dire, poco si comprende perchè l'aria all'atto della sistole uterina non sfugga dall'orificio uterino, e tanto meno come entri nei seni uterini che per la contrazione stessa dovrebbero chiudersi. — Comunque sia la teorica con cui voglia spiegarsi il fatto, questo disgraziatamente è vero, e numerose sono le conferme di esso.

(1) Amussat. Recherches sur l'introduction accidentelle de l'air dans les veines.

Se nei casi di timpanismo uterino non è così facile il darci ragione del meccanismo con cui l'aria è trascinata in circolo, esso è invece semplicissimo in una serie di casi, a cui il mio appartiene, e nei quali è una forza propulsiva venuta dall'esterno, la quale spinge nelle vene l'agente micidiale. Ciò si è verificato molte volte spingendo liquidi, od anche aria (Olshausen-Swinburne), o liquidi commisti ad aria nella cavità uterina allo scopo di provocare prematuramente le contrazioni uterine, od allo scopo di detergerne la cavità. Edotto dalla esperienza non credo quindi opportuna la proposta fatta dal dott. Marchionneschi in una lettera al prof. Tibone (L'Indipendente — 15 agosto 1879), di spingere la nebbia fenica anche sulla cervice uterina lesa e sfrangiata per l'atto stesso del parto, onde mettere in atto rigorosissima antisepsi. — Mentre ritengo efficacissima misura il praticare esplorazioni, manovre, atti operativi nella nebbia fenica per le sovraindicate ragioni, per la terapia endouterina, al getto di un liquido molecolarmente suddiviso dall'aria, preferisco, perchè circondata da minori pericoli, una corrente costante di liquido, attorniando l'iniezione colle dovute cautele, e riserbando le nebulizzazioni, in questo caso per niente pericolose, per le lesioni dei genitali esterni, perchè « la nebbia fenica irrom-
» pendo nei più minuti e reconditi meandri di una ferita
» con una discreta forza di propulsione, deve appunto indurre
» quelle condizioni di movimento e di agitazione, che le espe-
» rienze di Horwat hanno dimostrato così fatali per i bac-
» terî » (1).

A volere almeno sfiorare l'argomento in ogni suo punto mi rimarrebbe a discutere le ipotesi portate in campo a spiegare la morte in simili casi, e ad esaminare quale di esse abbia maggiori argomenti in favore, se la teoria cerebrale, la cardiaca o la polmonare. Mi starò pago di indicare come la 2.ª,

(1) Mangiagalli. Sul valore del metodo antisettico nella pratica ostetrica — Gazzetta Medica Italiana. Lombardia. Anno 1878.

già adombrata da Morgagni, mi paia più rispondere agli studî clinici e sperimentali e lo farò colle parole di Cohnheim: « la » causa dell'esito fatale qui non è altro se non questo accu- » mulo di aria nel cuore destro. *La contrazione del ventri-* » *colo destro comprime l'aria elastica in sè medesima, invece di* » *spingerla avanti:* questa, come non ha guari è stato dimo- » strato da Couty nel laboratorio di Vulpian, è la causa ul- » tima, perchè riesca fatale l'entrata dell'aria. Infatti il con- » tinuo riempimento del cuore destro per aria spegne, com'è » naturale, completamente il circolo del sangue venoso nel » corpo e quindi fa arrestare prima la circolazione polmonare » e poscia tutta la circolazione aortica » (1). Egli è perciò che alla più comune denominazione di embolismo aereo ho sostituito quella che sta in fronte di questo scritto, dal quale parmi possano trarsi i seguenti corollarî.

I. La penetrazione di aria nelle vene può verificarsi tanto nel campo chirurgico propriamente detto, quanto nel campo ostetrico e ginecologico. Alla prima serie appartengono specialmente i casi di operazioni praticate in una regione ove la vicinanza degli organi respiratorî e condizioni anatomiche speciali delle vene facilitano la produzione di tale accidente. — In questi casi l'accidente è sempre spontaneo.

II. Nel campo ostetrico tali casi possono distinguersi in due classi, distinte per condizioni speciali: nell'una l'accidente è spontaneo, e l'aria raccolta nel cavo uterino, o perchè penetratavi dall'esterno, o perchè svoltasi dalla putrefazione del suo contenuto, entra in circolo od aspirata per influenza del vuoto inspiratorio e della diminuita pressione endoaddominale, o spintavi dalla contrazione uterina stessa; nell'altra l'accidente è prodotto da una forza propulsiva esercitata dall'esterno.

III. Se nei casi di timpanismo uterino è rarissimo l'accen-

(1) Cohnheim Giulio. Lezioni di patologia generale. Traduzione di Vincenzo Napoletani, pag. 133.

nato accidente, sono invece frequenti inconvenienti e danni più o meno gravi, inerzia uterina, infezione puerperale. Come mezzi destinati ad evitare od a minorare tali inconvenienti valgono: 1.° l' avvolgere le parti genitali della donna nella nebbia fenica, ogni qualvolta s'introduca il dito, la mano, o gli strumenti nelle vie materne; 2.° l'evitare determinate posizioni della donna che apportano un rapido abbassamento della pressione endouterina ed endoaddominale; 3.° un pronto intervento nei casi di decomposizione del feto.

IV. Ad evitare o a rendere più rari i casi della seconda classe, converrà rinunciare all'uso delle nebulizzazioni entro cavità in cui stanno vasi beanti, e circondare le iniezioni intrauterine di tutte quelle cautele destinate ad escludere la commistione dell'aria con liquido.

SARCOMA PRIMITIVO DELLA VAGINA

NOTA CLINICA

DEL

Dott. DANIELE BAIARDI

Docente libero di Chirurgia e assistente alla Clinica Oftalmologica nella R. Università di Torino

Di sarcomi primitivi della vagina, ben constatati, la letteratura ginecologica moderna ne ha registrati fin ora appena 7 casi, che sono quelli pubblicati da Wahlberg (1), da Kaschewarowa-Rudnewa (2), da O. Spiegelberg (3) e da Fränkel (4). Uno di essi era un fibro-sarcoma, tre erano sarcomi a cellule fusiformi e gli altri appartenevano al tipo dei sarcomi rotondo-cellulari.

I due casi di Wahlberg sono stati studiati unicamente dal lato anatomico, mentre degli altri cinque si conosce la storia clinica ed anatomica in disteso. Dalla quale si apprende come su cinque operazioni vi fu soltanto un caso di guarigione durevole.

Avendo avuto l'opportunità di osservare un caso di sarcoma primitivo della vagina nella clinica operativa di Pavia, lo pubblico adesso come contribuzione alla casuistica di questi tumori.

(1) Wahlberg. Mikroskopisk undersäkning af tumörer (Finska Läkaresänskapets Hadlingar, Bd. XVI, n. 4. — Centralblatt f. Kirurgie n. 29, 1875).

(2) Kaschewarowa-Rudnewa. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Weiblichen Scheide bei Menschen une Thieren. Virchow' s Arch. Bd. 54, s. 74 e Dissert. Moskau 1876.

(3) O. Spiegelberg. Casuistische Mittheilungen. Arch. f. Gynekologie 5, s. 344.

(4) E. Fränkel Ueber primäres Sarcom der Scheide. Deutsche Zeitschrift f. practische medicin n. 10. 1875.

L'ammalata è una certa Carmelina Azzaretti di 25 anni, tessitrice nativa di Tortona la quale fu accettata nella Clinica il 21 Gennaio 1878. Proviene da parenti che sono vivi e sani; è stata menstruata la prima volta a 16 anni e continuò ad esserla regolarmente fino ai 23, epoca nella quale prese marito. Alcuni mesi dopo cessò la mestruazione e principiò la gravidanza. Fino allora la donna non si era mai lagnata di nessuna molestia, che avesse attinenza coll'apparato genitale. Non avea mai sofferto di catarro vaginale ed il coito non era nè difficile nè doloroso. Ma in seguito, fra il quinto e il sesto mese di gravidanza, essa cominciò ad avvertire come una sensazione di corpo straniero dentro la vagina, la quale sensazione, quantunque scompagnata da fenomeni dolorosi, tuttavia finiva col farsi molesta dopo parecchie ore di lavoro al telaio.

Più tardi, al fine dell'ottavo mese (ottobre 1877), essendo aumentata la sensazione di corpo straniero e parendole che una massa di sostanza carnea le occludesse la vagina, decise di recarsi all'Ospedale S. Matteo di Pavia, dove fu ricoverata nel comparto delle gravide. Il dott. Raccagni, coadiuvato dal dott. Giuseppe Colombo, assistente alla Cattedra di Anatomia Patologica, constatò la presenza del tumore e ne eseguì l'esportazione coll'ansa galvano-caustica. Il dott. Colombo ebbe la cortesia di trasmettermi le seguenti notizie, riguardanti la diagnosi clinica e l'esame microscopico del tumore, ch' egli ha raccolte in quell'epoca e che io trascrivo fedelmente.

« Coll'esame degli organi genitali esterni si osservò che le grandi labbra erano divaricate e che tutto lo spazio da esse circoscritto era occupato da un tumore globoso, di superficie irregolarmente liscia, del volume di un grosso uovo di gallina, di consistenza carnosa alla parte posteriore, molliccia alla porzione più sporgente. Tale tumore aderiva al terzo inferiore della parte destra della parete vaginale posteriore per un breve peduncolo di consistenza fibrosa e del volume di un dito pollice. Sul lato posteriore interno di questo peduncolo erasi sviluppato un tumoretto del volume di una grossa avellana, do-

tato degli stessi caratteri del precedente; un altro tumore sorgeva dal centro della metà sinistra della medesima parete vaginale posteriore. Ad evitare che il tumore più voluminoso avesse a recare qualche ostacolo al parto, si decise col dott. Raccagni di farne l'esportazione; si scelse perciò la dieresi galvanica, colla quale fu cosa di lieve momento escidere la base del peduncolo a livello della parete vaginale. In tal modo però il tumore non fu intieramente esportato, poichè il suo tessuto erasi già infiltrato in buona parte della parete posteriore della vagina.

« Il tumore esportato pesava 35 grm. ed al taglio mostravasi costituito da un tessuto bianco-rossigno, molle, di aspetto fibroso, foggiato a piccole areole ed imbevuto di scarso umore sieroso, quasi trasparente, leggermente tinto di sangue.

« All'esame microscopico di varii minuzzoli, presi in diverse parti del tumore e preparati mediante la dilacerazione, si trovò che il suo tessuto era ovunque costituito da cellule ovali, del volume degli elementi linfoidi, contenenti uno, o due nuclei piccoli, splendenti, in un protoplasma dove ialino e trasparente, dove finamente granuloso per lieve grado di degenerazione adiposa. Mediante l'esame di sottili sezioni gli elementi anzi descritti, o apparivano immersi in una sostanza fondamentale amorfa, o disposti in ammassi irregolari, limitati da scarse ed esili fibre connettive.

« Per siffatti reperti microscopici si fece diagnosi di sarcoma molle, parvicellulare, costituito da elementi molto somiglianti ai linfoidi e si emise un giudizio prognostico molto sfavorevole. »

— E, in verità, non erano trascorsi che due mesi dopo l'operazione, quando l'inferma, che si trovava a casa col suo bimbo, cominciò da capo a lagnarsi di una sensazione di corpo estraneo in vagina, associata a uno scolo di liquido fetente e accompagnata da dolori lancinanti, che ricorrevano a brevi intervalli. Il medico chiamato a visitarla trovò che il tumore si andava riproducendo in sito e che aveva già raggiunto il volume di una mandorla; per la qual cosa le consigliò di ritornare tosto

all'Ospedale. Un mese dopo essa veniva accolta nella Clinica Operativa.

S. P. — È donna ben nutrita, di belle forme e di aspetto fiorente. Esaminata la località, che è sede del male, si trovano le parti genitali esterne sane e un leggero eritema alla faccia interna delle coscie, prodotto dal contatto con un umore tenue e fetente, che vien dalla vagina. — L'esplorazione col dito permette di sentire due tumori impiantati sulla parete posteriore della vagina, due dita trasverse al disopra dell'ostio. Un di questi ha il volume di un uovo di gallina, è bernoccoluto, di consistenza carnosa, con qualche punto molliccio, quasi fluttuante; l'altro è più duro, è liscio ed ha il volume di una ciliegia; quello è impiantato sul mezzo della parete posteriore della vagina, questo un poco più in basso e a sinistra del primo. Tanto l'uno che l'altro hanno una base d'impianto assai larga.

L'esplorazione digitale non provoca dolore ed è seguita da un leggerissimo scolo sanguigno. Col dito nel retto si sente distinto il tumore più grosso e si constata nel medesimo tempo ch' esso non è aderente colla mucosa rettale.

Lo speculum di Sims permette di vedere i due tumori, i quali hanno un colore roseo-pallido e non sono ulcerati. La mucosa circostante appare sana e la porzione vaginale del collo dell'utero non offre nulla di anormale. Nessuna traccia dell'operazione precedente. Le ghiandole linfatiche dell'inguine e del bacino sembran normali anch' esse.

Avvertita l'inferma del pericolo, a cui andava incontro lasciando il male a sè, e della possibilità di un'altra recidiva in caso d'intervento, le si propose l'esportazione dei due tumori. La quale fu eseguita il 26 Gennaio 1878, nel modo seguente. Messa la donna carpone sopra un letto meccanico di Langenbeck e divaricata ampiamente la vagina, si strinse alla sua base il più grosso dei due tumori mediante due mollette di Museux e dopo averlo in tal guisa stretto e pedicciuolato, lo si recinse con un'ansa di platino già bella e preparata. Allora, chiuso il circuito, si rinserrò grado a grado l'ansa incendiata

dalla batteria Pischel e in meno di due minuti il tumore fu separato completamente dalla parete posteriore della vagina. L'esportazione dell'altro tumore riuscì più facile ed ancora più spiccia.

Il dolore dell'operazione fu sopportato coraggiosamente; l'e morragia fu nulla. Irrigata generosamente la vagina con acqua ghiacciata e assicuratisi (per quanto era possibile) della completa esportazione del neoplasma, si fece trasportare l'inferma nel suo letto. L'operazione fu seguita da una reazione locale moderatissima, e la reazione generale mancò affatto. L'escara cominciò a distaccarsi al sesto dì e dopo il 13.° era caduta tutta, lasciando al suo posto una tela di granulazioni rosee, ma dure e lussureggianti. Un esame accurato e ripetuto ogni giorno fece tosto conoscere che la neoplasia si andava riproducendo e che intorno alla piaga formatasi al posto dei due tumori, esisteva una zona di mucosa dura, tumida, infiltrata. La donna fu dimessa dalla Clinica il 16 gennaio 1878, 21 giorni dopo l'operazione.

La rividi a Tortona nel successivo mese di settembre. Era inscheletrita, e aveva una tinta pallida, che tirava al paglierino. Poi da tre mesi non lasciava più il letto. Il tumore, riprodotto, occludeva intieramente la vagina e si era diffuso alle ghiandole linfatiche degli inguini, del bacino e dell'addome, a quelle delle due ascelle e delle fosse sopra e sotto-clavicolari e alle ghiandole del collo. Inoltre si trovavano dei nodi secondari sparsi qua e là nella cute dell'addome e del torace. Aveva il ventre dolente alla pressione e disteso da liquido. La respirazione era breve e superficiale; la percussione dava un suono ottuso in vari punti della superficie toracica anteriore e laterale e mediante l'ascoltazione si rilevavano i segni di un catarro bronchiale. La poveretta morì negli ultimi giorni di settembre. — Nessuna autopsia. — Esame dei due tumori. — I due tumori esportati mediante l'ansa galvano-caustica presentavano i seguenti caratteri macroscopici.

Il più piccolo di essi aveva una consistenza carnea, una superficie liscia e regolare e un color roseo-pallido. Diviso in due

parti, appariva formato di una sostanza bianchiccia e di aspetto fibroso. La superficie di sezione, raschiata col coltello, si mostrava assai povera di succo.

L'altro invece era molle e in qualche punto quasi fluttuante; aveva una superficie irregolare, bernoccoluta, ed un colore roseo uniforme. Diviso nel mezzo, si mostrava formato di una sostanza di color bianco-roseo con piccole chiazze di un rosso-cupo sparse qua e là sulla superficie del taglio la quale, raschiata, forniva un'abbondante quantità di succo.

L'esame microscopico, sia di preparati fatti a fresco per dilacerazione, sia di tagli sottili eseguiti più tardi, previo l'indurimento dei due tumori, ha dimostrato che il più piccolo era formato da cellule fusiformi, appiattite, addossate le une alle altre, cementate fra loro da scarsa sostanza intercellulare ed ordinate in fasci variamente intrecciati l'un coll'altro.

In mezzo a queste cellule fusate se ne trovano alcune tre o quattro volte più grandi delle altre, con protoplasma più grossolanamente granuloso, le quali contenevano da due a tre nuclei ed eran munite ai due estremi di prolungamenti più brevi e più grossi. Fra i vari fasci di cellule fusiformi si trovavano scarsi vasi sanguigni.

Verso la periferia del tumore le cellule fusate passavano gradatamente in uno strato di cellule piccole, rotonde, incolore, la maggior parte in degenerazione granulo-grassa, le quali erano contenute in una sostanza fondamentale finamente granulosa e attraversata da numerosi vasi sanguigni a pareti sottilissime.

L'altro, il più grosso, aveva una struttura più complessa. In qualche punto era costituito, come il primo, da cellule fusiformi disposte a fasci, però la maggior parte era rappresentato da cellule rotonde, grandi, contenute in una sostanza fondamentale amorfa e talora disposte in una specie di reticolo irregolare. Qua e là poi esistevano dei tratti di una sostanza chiara, disseminata di granuli, e attraversata da sottili filamenti di fibrina, dentro la qual sostanza, di aspetto mucoso, si trovavano rare cellule fusate e cellule rotonde, grandi, con protoplasma

fortemente granuloso e molto allontanate l'una dall'altra. Alcune di queste cellule erano in degenerazione grassa, e non di rado se ne incontrava di quelle già convertite in gocciole di adipe. Numerosi vasi sanguigni attraversavano la sostanza del tumore in ogni senso; e talora, in seguito a rottura delle loro pareti, davano origine a veri focolai emorragici. Nessuno dei due tumori era tappezzato alla sua superficie dalla mucosa vaginale.

Il tumore più piccolo era dunque un sarcoma fuso-cellulare e il più grande un sarcoma a cellule rotonde.

DECAPITAZIONE A TRONCO GIÀ ESTRATTO

IDROCEFALIA

ESTRAZIONE DEL CAPO COLL'UNCINO ACUTO

DEL

Dott. A. LONGHENA

N. N. stiratrice, d'anni 36, è di discreta costituzione e ben conformata, avendomi dato la pelvimetria esterna: Fra le creste 27, fra le spine 24, C. E. 19, Bitracanterico 29, Circonferenza della pelvi 83. Coll'interna digitale non raggiunsi il promontorio sacro-vertebrale, nè riscontrai difetto alcuno di conformazione. Non ebbe mai la donna, di cui tratto, a superare malattie di rilievo e solo fu colta ne' suoi primi anni da alcune febbri effimere, curate e scomparse coi semplici purgativi. Pubere a 18 anni, i catamenî ebbero sempre un decorso regolare e fisiologico. Ebbe già 4 gravidanze, delle quali in succinto do gli esiti, giusta quanto mi riferì la N.

La prima fu a 20 anni terminata con parto naturale a termine di feto vivo; nel suo decorso normale, salvo pochi e leggeri fenomeni simpatici. Fu seguita da un puerperio regolare, durante il quale allattò per soli 6 mesi altro bambino, essendo il proprio illegittimo, e ciò per referto della madre.

La seconda gravidanza pure normale, con parto naturale di feto vivo, maturo, avvenne a 22 anni. Il bambino morì dopo un mese d'allattamento materno, per tisi gentilizia. Tenne dietro un puerperio morboso che durò 15 giorni, arrestandosi la lochiazione e andando la malata in fil di vita. Venne curata in questo come nei successivi, con epitemi addominali di linseme, unzioni sul ventre e rimedî interni.

Altra gravidanza la terza a 25 anni, terminatasi con un

aborto a 5 mesi e $^1/_2$ di feto premorto al travaglio, macerato, con la seconda già in via di putrefazione. Tale fatto portò seco una metrorragia che durò 7, 8 giorni, ed un puerperio morboso come il precedente, che tenne a letto la donna per 15 giorni.

Quarta gravidanza, a 33 anni, normale, così come il parto a termine di feto vivo. Il travaglio allora durò tre giorni e tre notti, con metrorragia leggera. Allattamento regolare per 14 mesi, puerperio morboso che durò 20 giorni, curata coi mezzi già accennati. Questo è quanto seppe dirmi la paziente.

Entrando ora a parlare della gravidanza ultima: dirò come la donna mestruò scarsamente ai 20 dicembre 1878, essendo così il parto indicato pel 25 settembre 1879. La gestazione fu normale come le antecedenti. Il travaglio cominciò verso le 3 pom. del 1.° settembre con contrazioni rade, brevi, poco dolorose che crebbero in durata e validità nella notte. Al mattino del 2 settembre chiamata la levatrice alle 9 30, questa esplorando, ruppe casualmente le membrane, con esito di molte acque anteriori.

Presentazione podalica completa, anteriore. Ritornata presso la partoriente alle 10 15 ant. vedendo come il travaglio non progrediva, si accinse all'estrazione manuale per l'estremo pelvico; estrazione che fu regolare e felice fino al capo, il quale non si smosse di un punto sotto le ripetute e valide, anche troppo valide trazioni della levatrice. Ad un'ora pom. io venni chiamato presso la partoriente, ed ecco quanto trovai: Donna debole, ma in condizioni abbastanza buone, tronco già estratto in totalità fino al capo, colonna cervico-vertebrale lussata, distacco degli involucri posteriori del collo, così che il capo era aderente al tronco per ristretto lembo muscolo-cutaneo. All'esplorazione interna: Incompleta rotazione del capo, trovando l'occipite a sinistra in avanti, la faccia a destra verso la sinfisi sacro-iliaca, frattura alla sinfisi mentoniera e lussazione bilaterale del mascellare inferiore: Testa nello scavo allungata, voluminosa, molliccia, ad ossificazione molto incompleta,

cedevole in qualsiasi punto la si toccasse, e che con tutta facilità si lasciava deprimere. Essa mi dava la sensazione d'un sacco acquoso non teso, e dal quale fosse già sfuggito del liquido. Emisi allora il sospetto di idrocefalia, come già l'aveva emesso la levatrice al mio arrivo. Nulla di grave mi imponeva e pensai al mezzo migliore per liberare la partoriente. Io stesso compii la decapitazione, chè messa in atto una sola e leggera trazione per tentare l'utilità successiva di quel lembo, lo vidi cedere. Perduto così ogni vantaggio di trazione sul tronco, lo tolsi di mezzo e colle dita potei levare una sola metà del mascellare inferiore, le cui scabrosità al punto della frattura, pungendomi le dita mentre esploravo, potevano durante l'estrazione offendere i tessuti materni.

Primo mio pensiero, perchè primo dovere di qualsiasi ostetrico, si fu quello di perforare il cranio fetale, vuotarlo del liquido capito, ed abbandonarne poi l'espulsione alle forze naturali, od estrarlo; ma devo dire come anche per reperto della levatrice, discreta copia di liquido era fuoriuscita dallo speco vertebrale, quando avvenne l'indicata decapitazione e come, me presente, ne gemeva ancora; come avendo meco il forcipe, il craniotomo e l'uncino acuto (chè la levatrice a mezzo di chi mi chiamò fecemi dire di prender meco l'uncino, senz'altro indicare di che si trattasse), non potei penetrare nel cranio per lo speco vertebrale e vuotarlo; come davanti alla punta del cefalotomo la superficie craniana del feto si introfletteva deformandosi, così che non potei infiggerlo con sicurezza in nessun punto; infine, lo ripeto, come uno strumento perforante applicato sul cranio, difficilmente e in modo poco sicuro per la madre, sarebbe in esso penetrato, stante la deformazione e la marcatissima cedevolezaa che manifestava palpandolo, o comprimendolo leggermente. Io però ricordavo d'aver letto e nella prefazione fatta dall'egregio prof. Chiara, alla 1.ª parte del Rendiconto clinico 1873-74 di S. Caterina in Milano, scritto dall'amico e collega dott. Chiarleoni, allora assistente nell'ospizio stesso, e nel Rendiconto a pag. 153 come, con esito bril-

lante e innocuo, fosse stato nella clinica milanese adoperato l'uncino acuto a mo' di craniotomo, in simile caso; ed, avendolo meco, volli tentarne la prova. Due volte esso fallì giacchè fosse imperizia mia, fosse tema di arrecar danni, cercando di fissarlo sulla rocca del temporale destro (perforando con esso, come un craniotomo, la parete craniana), questa si introfletteva, affondandosi sotto la punta dello strumento che scivolava, come mel provò poi l'esame del cranio. Tale insuccesso però non mi fece deporre lo strumento, sia perchè la craniotomia non era indispensabile, come pure perchè grande era in me il desiderio di farne la pratica conoscenza coi dovuti riguardi, ma senza timore. La rispettabile parola ostetrica del prof. Chiara mi dice infatti a pag. 17 di quella Prefazione: « *Convinto che autorevoli scrittori italiani respingono energicamente l'uncino acuto, perchè lo tengono teoricamente in conto di pericolosissimo, quando pur non dichiarano francamente di non averlo adoperato, offertamisi propizia l'occasione volli interrogare i fatti* ». E più avanti pure a pag. 17, continua: « *Un primo tentativo fu felice; un secondo mi lasciò soddisfatto; poi venne il* 3.°, *il* 5.°, *il* 10.°, *il* 15.° *e non accadde mai che fallisse lo scopo, che anzi tra tutti i procedimenti embriotomici fu quello che mi diede per la madre la mortalità più bassa* (4 °/₀ *circa*) ».

In breve e per non tediare i colleghi dirò come: fatto fissare esternamente il capo, non senza quella naturale trepidazione che coglie l'operatore, il quale per la prima volta applica uno strumento a lui praticamente ignoto; (avendo io visto una sola volta ad applicarlo dal dott. Previtali, Primario nel Civico Spedale di Bergamo, e quell'unica con esito infausto per la madre, inefficace sul feto), ritentai altrove l'applicazione, e sulla guida della mano sinistra giunsi ad impiantare l'uncino nella cavità orbitaria sinistra del feto; pel che con valida presa e poca forza portai la testa all' ostio vulvare, da dove facilmente sgusciò fuori, appena aiutata dalla mano. Secondamento naturale dopo 15 minuti con poco sangue, utero ben contrato senza sussidio terapeutico alcuno, condizioni della donna buonissime.

Il feto estratto era di sesso femminile abbastanza ben nutrito, più voluminoso nella metà superiore del tronco che nella inferiore, a estremità piuttosto esili. Il tronco pesava 2000 gr. La testa aveva ampie suture membranose, e le ossa della vôlta incompletamente ossificate, quasi cartilaginee, flessibili. Marcata infiltrazione del connettivo sottocutaneo al torace, versamento siero-sanguinolento nelle cavità pleuriche. Polmoni che in qualche piccolo punto avevano respirato (forse durante le prime manovre d'estrazione del capo fatte dalla levatrice) in massa però allo stato fetale. Cuore anemico, cavità ventricolari e orecchiette vuote. Pervio il foro del Botal. Fegato e milza e reni normali. Vescica vuota. Meconio nel retto. Era aderente ancora, per circa 4 centim., la porzione sinistra del mascellare inferiore. Nell'interno del cranio: anemici i vasi alla base, senza che su questa esistessero depressioni marcate. Polpa cerebrale anemica, spappolabile, con quasi nessuna traccia di circonvoluzioni. Il peso del cranio col cervello e colla porzione di liquido rimastovi era di circa 1500 grammi. Nessuno accidente venne a disturbare l'atto operativo, che colla decapitazione, l'avulsione di parte del mascellare inferiore, i tentativi di craniotomia coll'uncino e col cefalotomo, e l'estrazione durò 30 minuti, l'ultimo degli atti essendo stato il più breve. La donna ebbe un puerperio regolare, disturbato solo per 2, 3 giorni da morsi uterini cessati senza cura alcuna, e si alzò convalescente in 9.ª giornata. Or sono pochi dì rividdi la puerpera per città in ottime condizioni; e si fu allora che per bontà sua e per studio la pregai onde si lasciasse da me visitare, ottenendone i risultati pelvimetrici già accennati, cui posso aggiungere, riguardo ai genitali interni: Utero che esternamente non si sente, portato col suo collo a sinistra, indietro, mobile, indolente. Orificio esterno che ammette l'apice del dito, bitorzoluto, irregolare; lochi sierosi poco odorosi, abbondante portata lattea.

Dopo quanto dissi mi permetto fare sul caso e, più che su questo, sull'atto operativo alcune osservazioni. Sarebbe stata

più che imperizia la mia se avessi ignorato come, in un caso simile, era dovere dell'ostetrico quello di perforare, pungere, vuotare il cranio fetale del liquido in esso capito; salvo poi, adempiuta questa indicazione, abbandonare alle forze naturali l'espulsione del capo, o estrarlo; ma io ho già indicato, narrando il caso, al liquido colato e che colava dal canale vertebrale del feto e pel fatto della decapitazione, e per le pressioni, o le trazioni esercitate su questo dalla levatrice, e per le contrazioni uterine. Accennai pure alla marcatissima mollezza, al facile deformarsi e deprimersi della vôlta craniana, alla sensazione, che mi dava palpandola, di un sacco acquoso non teso, per esservi, in parte, sfuggito del liquido; al come il cranio fetale si comportava davanti allo strumento perforante, che io cercavo di far penetrare in esso. Adunque più che come strumento da craniotomia, nel caso mio non necessario, intendevo servirmi dell'uncino quale vero istrumento traente. L'egregio prof. Chiara lo adoperò felicemente come craniotomo e come strumento traente mostrandosene strenuo difensore a fatti, non a parole. Io che volevo seguirne gli insegnamenti spero non verrò condannato perchè tentando e ritentando la craniotomia, non riuscendo a compierla nè insistendo oltre, certo che la grande riducibilità di quella testa, il trovarsi essa nello scavo, la lieve forza che avrebbe domandato la sua estrazione (che lo stato di pluriparità e l'ampiezza del canale avrebbero favorito di molto) rendendo inutile la di lei perforazione per dare più pronto esito al liquido che ancor vi rimaneva, impiantai l'uncino in un orbita, come ottimo punto per solida presa e forte resistenza alle mie trazioni. Dopo ciò credo inutile dichiarare che io non l'avrei mai di primo tratto infisso in quella cavità, e non avrei esercitato trazioni a tutta forza, se alle prime avessi incontrato una notevole resistenza.

Adunque non temo osservazioni circa il sito nel quale feci cadere lo strumento; ma ben so come, d'altro lato, possa farmisi il carico di mancata craniotomia in caso di idrocefalo. Nè la mancanza volontaria e quasi obbligata io ripeterei, nè

mai vorrei suggerire ad altri di procedere come io feci nella contingenza; giacchè, volere o non volere, l'uncino acuto in vergine mano è strumento pericoloso; e non per plagio, o per imitazione posso dire come io, senza averlo mai adoperato, lo temevo e assai, avendolo, come riferii, visto in atto. Credo che nessuno vorrà farmi carico se, davanti a tali problemi: Strumento pericoloso e nuovo per l'operatore, due tentativi in sito d'elezione falliti, donna in travaglio da quasi 12 ore; io piuttosto che insistere in un atto operativo nuovo, ritentato e che non mi riescì, obbligato a non abbandonare la donna, munito dell'uncino acuto, voglioso di provarlo, certo di applicarlo in sito indicato, convinto della poca resistenza che avrebbe offerto la testa; fissai lo strumento nell'orbita, anzichè nella vôltá e, lo ripeto, con poca forza estrassi il capo che, quasi spontaneo, sgusciò dalla rima vulvare. A parte il fatto della forzatamente mancata craniotomia da presa fallita e per timore di lesioni materne, ristretto il campo dell'uncino acuto: credo di non averlo varcato e tanto meno frainteso, chè in un' orbita può ben stare, meglio che su di un piede di feto!.....

Concludendo dirò come nel caso presente non riescì la craniotomia per condizioni inerenti al feto, per timore davanti agli insuccessi d'apportare lesioni materne; come l'operatore non ignorando la prima indicazione, si farebbe un dovere d'adempierla sempre in simili casi, nè mai consiglierebbe di tirare capo idropico, senza prima vuotarlo; non dovendosi da un caso eccezionale e per essersi estratto il capo senza che avvenissero accidenti, o lesioni di sorta ai genitali materni, per essere seguito all'atto operativo un puerperio regolare, un eccessivo e stabile benessere sulla donna, trarne ragione a prove successive.

Parma, 17 Novembre 1879.

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO.

Movimento clinico-operativo dal 1.° Settembre al 31 Dicembre 1879.

Gravide Accolte. . . . 107	Parti Naturali 88	Parti Artificiali 15
Uscite prima del parto 3	Morte 4	Morte 2

Rivolgimento — 233. Presentazione della spalla destra dorso anteriore - Esito felice per la madre e per il feto.

250. Spalla destra dorso posteriore - Madre salva - feto con frattura del braccio destro al terzo superiore che guarisce perfettamente durante il soggiorno nella clinica.

249. Spalla sinistra dorso anteriore - Esito felice per entrambi.

Parto Prematuro provocato — 275. Vizio pelvico di 2.° grado da rachitide (CV. 78-80) provocato alla fine dell'8.° mese col metodo Krause - Inerzia nel periodo dilatante, febbre della madre - Applicazione di forcipe Naegele allo stretto superiore - Puerperio apiretico - Feto vivo che muore dopo quattro giorni.

Forcipe — 225. Testa allo stretto inferiore - inerzia uterina - forcipe Simpson - madre e feto vivi.

202. Testa nello scavo - soverchia lunghezza del periodo espulsivo - forcipe Simpson - esito completo.

214. Testa allo stretto inferiore - Minaccia della vita del feto - forcipe Simpson - feto vivo - Madre morta per linfangite.

248. Testa al piano perineale - segni di forte sofferenza del feto - forcipe Simpson - esito completo.

257. Stenosi pelvica di 2.° grado da rachitide - testa arrestata allo S. Sup. in O. I. S. A. - Applicazione di forcipe Pajot - Estrazione laboriosa - Puerperio apiretico - feto vivo che muore dopo 26 ore per compressione cerebrale da depressione del parietale sinistro.

190. Testa al piano perineale - Insufficienza delle contrazioni uterine - Forcipe Simpson - Esito completo.

240. Forcipe Naegele a testa al piano perineale per soverchia lunghezza del secondo periodo - Esito completo.

222. Vizio pelvico di 1.° grado - Testa impegnata allo S. superiore - Minaccia della vita del feto - Forcipe Pajot - Bambino salvo - puerperio apiretico.

228. Testa impegnata allo S. superiore (pelvi normale) - Forcipe Naegele per minaccia della vita del feto - Esito completo.

236. Forcipe Naegele a testa alla parte bassa dello scavo - segni di sofferenza fetale - Puerperio morboso per febbre - feto salvo - la madre abbandona la clinica guarita.

Embriotomia — 226. Stenosi pelvica di 2.° grado - Tentativo col forcipe Pajot infruttuoso - Craniotomia col craniotomo Braun, fra le branche del forcipe - Puerperio morboso per parametrite - La donna abbandona la clinica in ottime condizioni.

244. Vertice in D. T. con procidenza della mano destra, del piede destro e del funicolo non pulsante - a domicilio cinque tentativi di liberazione (2 applicazioni di forcipe, 3 tentativi di rivolgimento) - Craniotomia Braun - Cranioclastia Braun - uncino acuto - Esito felice.

246. Vizio pelvico di 3.° grado da osteomalacia ancora in corso - Presentazione di vertice in S. T. complicata a procidenza di funicolo non pulsante - Stato generale gravissimo.

Embriulcia (la donna è liberata in pochi minuti) - Morte per peritonite e diatesi emorragica.

Placenta previa — 272. Inserzione cervicale di un cotiledone placentare - Emorragia di circa 600 grammi - Rottura artificiale delle membrane - parto abbandonato alla natura - Feto nato asfittico non rianimato.

Perineorafia — 206. Lacerazione di 2.° grado - sutura nodosa con filo di seta - Esito completo.

203. Lacerazione di 2.° grado - sutura nodosa con filo di seta - Esito incompleto.

Ovariotomia — 302. Inviata all'ospizio per gravidanza complicata a tumore ovarico - Riconosciuta la non esistenza della gravidanza - Operata del tumore ovarico del peso di chil. 24 - La paziente abbandona il letto in 20.ª giornata.

In questa Scuola adunque durante l'anno 1879 s'ebbero 295 parti, dei quali 242 naturali, 53 artificiali. Nei 53 artificiali sono compresi due tagli cesarei con susseguente amputazione utero-ovarica, con esito felice per le due donne ed i due bambini.

Complessivamente s'ebbero 12 morti, cioè 4 donne delle 53 operate, ed otto delle 242 che partorirono spontaneamente.

Fra le cause di morte si riscontra: 1 volta cirrosi epatica, 1 volta pleurite marciosa destra, 1 volta tumore cerebrale (sarcoma endoteliale della dura madre), 1 volta tabe susseguente ad anemia perniciosa complicata a polmonia, 1 volta (la donna segnata al 246) la gravida fu portata in stato tanto grave da non lasciare dubbio alcuno intorno l'esito finale, qualunque fosse per essere la cura.

Le altre 7 morti si debbono ascrivere a processi infettivi.

ISTITUTO OSTETRICO DI TORINO.

Movimento clinico-operativo dei mesi di Maggio, Giugno, Luglio, Novembre e Dicembre 1879 (1).

Sezione Studenti.

Gestanti Accolte . . . 131	Parti Naturali 105	Parti Artificiali 16
Uscite senza sgravarsi 1	Decessi 8	Decessi 2

Parto Prematuro Provocato — 167-1878-79. Tarnier per pelvi rachitica C. V. 70^{mm} al principio 9.° mese complicato da placenta previa marginale - Madre e feto vivi

32-1879-80. Krause - 8.° mese per polmonite cronica ed edema polmonare - Madre e feto vivi.

37-1879-80. Tarnier - Eclampsia grave - Madre e feto morti.

Rivolgimento — 113-1878-79. Procidenza del funicolo - Madre e feto vivi.

10-1879-80. Sp. D - D - A - Madre viva, feto morto.

Applicazioni di Forcipe — 128-1878-79. Simpson - Stretto superiore per vizio pelvico di 1.° grado ed inerzia uterina - Madre e feto vivi.

135-1878-79. Simpson - Stretto inferiore - inerzia e pericolo del feto - Madre morta - feto vivo.

137-1878-79. Simpson - Stretto superiore - vizio pelvico di 1.° grado ed inerzia - Madre e feto vivi.

156-1878-79. Simpson - Stretto superiore per procidenza del funicolo - Madre viva - feto morto.

19-1879-80. Simpson - Stretto superiore per inerzia uterina - Madre e feto vivi.

21-1879-80. Simpson - Stretto inferiore inerzia uterina - Madre e feto vivi.

30-1879-80. Simpson - nello scavo per inerzia uterina - Madre e feto vivi.

36-1879-80. Simpson - nello scavo per inerzia uterina - Madre e feto vivi.

Embriotomie — 22-1879-80. Craniotomia - Estrazione col cranioclasta Braun per vizio pelvico di 2.° grado - Madre viva - Gravidanza a termine.

(1) La clinica venne chiusa durante le vacanze autunnali, cioè nei mesi di Agosto, Settembre ed Ottobre.

Leva — 142-1878-79. Allo stretto superiore per vertice inclinato sul parietale anteriore - Madre e feto vivi.

17-1879-80. Nello scavo per pres. Faccia in varietà frontale, sull'occipite - Madre e feto vivi.

Sezione Allieve Levatrici.

Gestanti Accolte . . . 69	Parti Naturali 49	Parti Artificiali 6
Uscite senza sgravarsi —	Decessi 3	Decessi 2

Applicazioni di Forcipe — 71-1878-79. Simpson - parte media dello scavo - Feto voluminoso - inerzia uterina - Madre e feto viventi.

75-1878-79. Simpson - nello scavo - Testa voluminosa - deficienza del moto di rotazione.

91-1878-79. Forcipe nuovo Tarnier allo stretto superiore bacino piatto C. V. 70^{mm} - Madre e feto vivi.

11-1879-80. Forcipe Simpson alla parte media dello scavo, inerzia d'utero - Madre morta - feto vivo.

Embriotomia — 13-1879-80. Craniotomia - Basiotomia col cefalotritore Fabri-Tibone - Estrazione col cranioclaste Braun - Pelvi uniformemente ristretta C. V. 73^{mm} - Parto a termine - Madre morta.

Vagino - Perineorafia — 71-1878-79. Lacerazione di 3.° grado - Sutura incavigliata - riuscita.

11-1879-80. Vaginorafia con sutura intercisa e perineorafia con sutura incavigliata per lacerazione della parete vaginale posteriore e del perineo di 3.° grado - Madre morta.

Leva — 78-1878-79. Leva per mancato moto di rotazione - Madre e feto vivi.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano, Tipografia Dott. Francesco Vallardi, Via Disciplini, 15.

Volume II. Febbraio 1880. Num. 2.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

Miscellanea di Ginecologia

TRE CASI CLINICI

NARRATI DAL

PROF. D. CHIARA

Direttore della R. Scuola pareggiata di Ostetricia in Milano.

(*Cont. alla* pag. 26, Fasc. 1°, 1880).

II.

SOMMARIO. — Voluminoso lejomioma uterino sottomucoso e intracervicale — Emorragia gravissima — Enucleazione seguita da rapidissima guarigione.

La enucleazione dei fibromiomi uterini vuoi sottomucosi, vuoi interstiziali, proposta da Velpeau e praticata nel 1840 da Amussat per il primo, se non conta tra le operazioni *correnti* della pratica ginecologica comune, fu ed è fatta con frequenza sufficiente, e sufficiente buon successo, perchè si sia in diritto di ritenerla un eccellente sussidio chirurgico quando è bene indicata, e gli altri compensi terapeutici non sono applicabili e l'aspettazione non più concessa.

I fibromi uterini si distinguono da tutte le malattie dell'apparato genitale, fatta eccezione dell'ovario, per ricchezza di accidenti e pericoli per la donna, di sorprese per il pratico. Ora è un grosso fibroma che innicchiato nelle pareti dell'utero non rivela la sua presenza con alcun disturbo; ora invece è un tumoretto grande

quanto una noce che mantiene menorragie ostinate e pericolose accompagnate da dolori tormentosi e talvolta atroci. Altre volte quel tumore che si credeva inattaccabile dall' arte le si fa accessibile dopo breve tempo, e quell' altro che si presenta come un nemico facile a vincersi, al momento della battaglia resiste e non cede il campo che dopo laboriosa operazione e pericoli per la donna; altre volte infine quel tumore che per la sua sede lascia sperare che la emorragia non sarà mai pericolosa, dopo aver cullato il pratico nella credenza d' una prognosi esatta, perchè gli accidenti emorragici non sono ancora apparsi, da un momento all'altro con una perdita imponente mette a repentaglio la vita della donna e porta una dolorosa smentita a quel giudizio che pareva solidamente fondato nella esperienza clinica. Gli è quanto luminosamente dimostra il caso che stiamo per narrare, interessante pure perchè fa vedere una volta di più la possibilità che un fibroma intracervicale raggiunga un volume considerevole.

Il 2 ottobre 1878 il distinto collega Dr. Briziano m' invitò a voler visitare con lui una sua cliente che da qualche dì soffre disturbi vescicali dipendenti da un tumore intrapelvico. Recatomi tosto al domicilio della signora, ch'è moglie a un distinto professore di belle lettere e assai istrutta essa pure in lingue straniere, vi trovai una donna di 37 anni, di abito nervoso, di costituzione buona, ma con note spiccate di cloro anemia. Pubere a 14 anni, non avvertì mai disturbi della mestruazione mantenutasi alquanto scarsa fino a questi ultimi tempi: ebbe due parti a termine naturali di 2 femmine, l' ultimo il 19 novembre 1874; la prima bambina moriva in bassa età, la seconda vive tuttora e gode buona salute.

Dopo l'ultimo parto s' accorse di facile stanchezza nel camminare accompagnata da senso di pienezza e di peso al basso ventre; mestruazioni ancora regolari e non dolorose; qualche turba nervosa secondaria alla cloro-anemia, come facile eccitazione, vampe alla faccia, stipsi ecc.

Nel luglio 1878 in coincidenza con l' epoca mestruale avverte difficoltà nella emissione delle orine; molto inquieta per questo nuovo disturbo si fa visitare dal medico di casa Dr. Briziano, che diagnostica un tumore intrapelvico, riservando il giudizio riguardo alla natura e all'organo o tessuto di origine ad altra epoca in cui fosse più facile e concludente un esame accurato. La iscuria non dura più di due giorni, e la signora fatta tranquilla trascorre in discreta salute il tempo che passa dal luglio 1878 alla fine di settembre; in allora, e precisamente all'epoca mestruale, ricompare la iscuria che protraendosi più a lungo della prima volta decide il medico curante a farmi visitare la paziente. Terminato l'interrogatorio, completato da una succinta ma esattissima esposizione del Dr. Briziano, passo all'esame locale esterno ed interno insistendo sulla esplorazione bimanuale.

Da questo esame rilevo che il fondo dell'utero spinto per circa tre dita trasverse sul pube porta verso il corno destro un tumore grande quanto un ovo di gallina, cui corto, ma piccolo, peduncolo, permette discreta mobilità; giudico sia un fibroma sottoperitoneale. Verso sinistra e in corrispondenza degli annessi sento una intumescenza tondeggiante a superficie regolare elastica e resistente ad un tempo e simulante assai bene una oscura fluttuazione; si sospetta possibile un incipiente cistovario sinistro. Deprimendo la parete addominale e infossando le dita sopra il pube, si palpa una massa globosa, resistente e del volume di un utero gravido di oltre tre mesi: l' indice dell' altra mano spinto in vagina urta verso la parte alta dello scavo contro un corpo globoso del volume di un grosso pugno di consistenza fibro muscolare, limitato a sinistra, in avanti e all' indietro dal fornice vaginale e portante a destra e sulla parte più sporgente in vagina un'apertura a mezza luna che può immettere facilmente due dita; questa apertura è limitata verso destra e in avanti da una parete molliccia disposta a mezza luna e convessa all' infuori; il dito portato su questa parete allo esterno vi scorre sopra per circa due centimetri e poi si arresta contro il fornice vaginale.

Giudico per tanto che il dito si trova sul labbro anteriore del muso di tinca, che l'apertura semilunare costituisce l'orifizio esterno grandemente dilatato, e il corpo globoso che riempie la parte alta dello scavo è fatto da un fibroma sottomucoso intracervicale annidato nel labbro posteriore.

La massa fibrosa è poco mobile, e giudico sia in continuazione con quello che si sente sopra il pube, e *forse* con la tumescenza rilevata più a sinistra verso la fossa illiaca. Questo concetto diagnostico e l'epoca mestruale davano chiara ragione della iscuria, evidentemente dovuta alla compressione che provava l'uretra alla sua origine vescicale.

Invitato dal medico curante e dall'ammalata a manifestare con franchezza i miei pensamenti rispetto alla prognosi e cura, risposi che la iscuria sarebbe scomparsa col dissiparsi della iperemia mestruale; che perciò cotesto disturbo non era sufficiente per giustificare lo immediato intervento chirurgico, sola cura radicale possibile, reclamata vivamente dalla paziente; potersi accondiscendere se si trattasse di una operazione semplicissima quale la legatura o escisione di un polipo munito di piccolo e lungo peduncolo; ma nel caso attuale essere necessaria e possibile soltanto la enucleazione; questa non veder io molto pericolosa nè molto difficile; ma nondimeno considerato non esistere al momunto urgente indicazione, ed essere cosa certa la diminuzione de' pericoli e delle difficoltà con il passare di qualche tempo, conchiusi che fosse miglior partito attendere per non incorrere nella responsabilità di un atto operativo di pura compiacenza; chè tale sarebbe stato in quel momento, non esistendo, all'infuori di un'iscuria transitoria, nessun disturbo il quale indicasse la presenza del grosso fibroma.

Tutto procede bene dal 2 ottobre fino ai primi del 1879; verso la metà di gennaio mestruazione come al solito per tre dì, poi menorragia per la prima volta da che esiste il tumore; un po' di riposo, il ghiaccio all'ipogastrico, e qualche irrigazione con

percloruro di ferro hanno presto ragione della perdita. Da questo momento fino al principio di maggio nulla di particolare; stato generale buono; nel maggio dolori lombo-sacrali assai forti e analoghi *a quelli del parto*, ma senza emorragia. Al principio di giugno si avvia la mestruazione all'epoca giusta e si prolunga fino al 16. Nelle ore pomeridiane di questo giorno, e preceduta da forti dolori e dagli sforzi di sternuti succedutisi a brevissimi intervalli, compare una metrorragia molto copiosa e che persiste per qualche ora in causa del ritardo nell'arrivo del medico che sgraziatamente trovavasi impegnato altrove, mentre io era assente da Milano; fu arrestata verso sera con lo zaffamento vaginale; ma per la copia e durata della perdita la signora fu in fil di vita; tant'era la debolezza sua che un distinto specialista soprachiamato in quel frangente giudicò inevitabile la morte.

Nella notte la signora si riebbe alquanto ed al mattino il pericolo di una catastrofe era rimosso. Rimasero per assai tempo fenomeni spiccati di anemia cerebrale; cioè facili deliqui, cefalalgia frontale, annebbiamento della vista, vaniloquio, illusioni ottiche, vomito facile ecc. Il medico curante vi oppone energica e ben intesa cura ricostituente con la quale ottiene che la signora abbandoni il letto verso la fine di luglio.

Nel frattempo due distinti specialisti sono chiamati in consulto, e senza dare un giudizio reciso sulla possibilità o non della cura radicale, pensano debba escludersi per intanto formalmente a cagione della forte debolezza della paziente.

Io la rivedo sul finire di luglio e decido di tentare la operazione non appena la signora ci apparisse sufficientemente forte. Nel mese d'agosto nulla di notevole, salvo la iscuria durata poco tempo; nel mese di settembre all'epoca mestruale nuova menorragia che sta volta viene prontamente arrestata dall'arte; la rivisito alla fine di questo mese e d'accordo col Dr. Briziano decido l'operazione che viene praticata il 5 ottobre alle ore 11 ant.

Collocata la paziente nella posizione pelvi-dorsale sulla sponda

del letto e di fronte ad ampia finestra, e mantenute da assistenti convenientemente divaricate le coscie, sulla guida dell' indice e medio sinistri immessi nella bocca uterina, impianto sul lato destro del tumore, ed il più in alto possibile la branca destra di una robusta pinzetta del Roberts, con la quale facendo forti e sostenute tirate giungo ad abbassare il tumore oltre la metà inferiore dello scavo; a questo punto impianto un uncino all' indietro e più alto possibile anch' esso, e continuando a tirare sulla branca della pinzetta e sull' uncino riesco a far sporgere dall'ostio vaginale un segmento del tumore di circa 6 centim. di altezza; su di esso faccio un' incisione verticale alta circa 5 cent. ed una obliqua verso destra di un cent., quindi con l' apice dell' indice destro distacco la mucosa in giro e poi sempre manovrando con un dito spingo il distacco in alto, fin dove può giungere il dito medesimo che senza trovare ostacolo di rilievo, salvo qualche lasso nastrino di connettivo, può girare tutt' attorno all'equatore del mioma; ricevo la impressione che il tumore sia fornito di una nicchia completa, non abbia cioè continuazione di tessuto con l'utero e che pertanto si otterrà la vera enucleazione. Difatto sotto *le trazioni* combinate sulla pinzetta e sull' uncino che avevo adesso impiantato sul tumore spoglio dalla mucosa, fatte da me e dal collega, il Dr. Briziano, la massa giunse con il suo massimo diametro contro all'ostio vaginale.

Quivi la resistenza s'accrebbe notevolmente, e per un momento credetti necessario lo sbrigliamento dell' anello vulvare come si pratica per il passaggio di una testa fetale troppo voluminosa o tratta con troppa sollecitudine dal forcipe; ma un lieve aumento della forza traente ebbe ragione anche di questa resistenza e il tumore trovossi ben presto tutto fuori dalla vagina, in comunicazione ancora con la nicchia in cui stava per mezzo di una specie di grosso cordone connettivale che portava pochi e non voluminosi vasi; fu passato attorno un filo di ferro ricotto e stretto con il piccolo costrittore Cintrat fino a reciderlo senza

perdita di goccia di sangue. La signora che non venne cloroformizzata s'era mantenuta tranquilla fino al momento del passaggio del tumore per l'ostio vaginale, non emettendo lamento di sorta, e provando la sola sensazione più ingrata che dolorosa della introduzione delle dita; l'uscita del tumore le strappò un grido, e il dolore provato fu dalla paziente detto assolutamente identico per i caratteri a quello del passaggio della testa fetale, ma più acuto assai, eseguito da più forte sensazione di allargamento e di lacerazione che nel parto; cosa spiegabilissima con la niuna preparazione della vagina quale si trova sempre nello stato di gravidanza e nel soprapparto.

Le conseguenze della operazione furono semplicissime; il 3° dì la signora scendeva un momento dal letto per provare le sue forze, disse lei; al 7° dì abbandonava il letto per alcune ore, l'indomani per tutto il giorno, e al 12° dì dall'operazione riprendeva la sua vita ordinaria già quasi trasformata, tant'era stato rapido il meglio delle condizioni generali, in ispecie la nutrizione.

Io la rividi sulla fine di gennaio e la trovai in ottima salute e fiorente di nutrizione; della massa falsamente fluttuante che si sentiva verso la fossa illiaca sinistra più nessuna traccia; era evidentemente la parte più grossa del tumore che si spingeva in quella regione.

Pesato subito dopo estratto, il tumore segna grm. 870; è ovoideo e misura nella circonferenza longitudinale 37 cent., nella trasversa 33 cent; l'esame microscopico non ismentì la diagnosi clinica; era un mioma e precisamente un leiomioma della cavità cervicale.

III.

Sommario. — Grosso tumore, giudicato benigno, della mammella destra complicante la gravidanza — Enucleazione con lo schiacciatore di Chassaignac dopo compiuta la involuzione puerperale — Guarigione.

Una pluripara di 35 anni, attendente alla casa, è accolta nell'ospizio milanese il 26 marzo 1877 sull'esordio dell'8° mese della

sua quinta gravidanza; le prime tre fisiologiche terminarono con parto naturale; la penultima nel 1875 seguita da aborto di tre mesi; puerperi tutti fisiologici.

Allattò i suoi bambini per dieci mesi ed uno dell'ospizio per un anno. È alta 1,52, ha pelvi normale, genitali regolarmente costituiti e cosparsi all'esterno di dilatazioni varicose; è anemica, di costituzione piuttosto gracile ma senza precedenti morbosi di qualche rilievo; pubere a 16 anni non ebbe a soffrire mai disturbi mestruali nè alcuna malattia dell'apparato genitale.

Durante la gravidanza del 1875 avvertì una piccola intumescenza un po' bernoccoluta, affatto indolente, e mobile verso il margine esterno e linea mediana della mammella destra; pareva crescesse lentamente col progredire della gestazione; ma compiuto l'aborto la tumescenza si mantenne stazionaria fino al sorgere della gravidanza ultima. Infatti nei sette mesi passati fuori dall'ospizio il detto tumore assumeva rapido incremento, e senza recare alla donna altro disturbo che il peso, giungeva alle proporzioni seguenti notate nel momento del ricovero della donna; semicirconferenza verticale della mammella destra 35 cent., semicirconferenza orizzontale sul capezzolo 38 cent.; diametro verticale 135 mm. diametro trasverso 158. La mammella ha forma globosa, e superficie molto bernoccoluta, di consistenza quasi universalmente fibrosa, meno due bernoccoli uno allo esterno in basso, l'altro in vicinanza del capezzolo che sono manifestamente fluttuanti; nessun dolore nè spontaneo, nè provocato; la pelle scorre sul sottostante tumore in tutto l'ambito di questo; numerose e grosse vene serpeggiano in tutti i sensi, ma specialmente all'esterno; dal capezzolo che è sporgente e libero si può spremere qualche goccia di siero, è marcatissima ed estesa l'areola punteggiata. Il tumore pende obliquamente in basso sostenuto da grosso peduncolo cutaneo; è impossibile a dire se il tumore sia completamente isolato da una cuffia di connettivo, o se il suo tessuto non si continui in alto partecipando alla formazione del grosso peduncolo;

si suppone però che abbia una nicchia completa di connettivo che lo separa dall'aponeurosi pettorale: nessuna tumefazione sospetta nel cavo ascellare.

Ho detto che la donna non provava disturbo alcuno all'infuori dello stiramento dovuto al peso; ma questo era si forte da mantenere nella gestante desiderio vivissimo di venire liberata dal suo tumore; ciò le promettemmo per l'epoca in cui avrebbe termine lo stato puerperale.

Il dieci maggio alle ore 9,25 pom. sgravavasi a termine, ed essendo in buona salute, di una femmina viva, ben conformata, sana e pesante 3200 grammi; secondamento normale, puerperio fisiologico. Compiuta la involuzione puerperale, e precisamente 64 giorni dopo il parto, il dì 14 luglio secondo la promessa fatta, ci adoperammo per liberarla dal tumore mammario giudicato *un fibroma diffuso con forse qualche escavazione cistica.*

La operazione venne condotta nel modo seguente: cloroformizzata la donna, con due lunghi e robusti aghi lanceolati si trafisse il peduncolo cutaneo a ridosso del tumore, in disposizione crociata, e poi con due giri di forte cordone elastico di gomma si strinse fortemente sotto i detti aghi coll'intento di far sporgere maggiormente il tumore, e ridurre al minimo possibile i diametri del peduncolo ed anche per favorire la emostasi. In seguito si incidono gli integumenti con due tagli semilunari a destra ed a sinistra riuniti in alto e in basso; l'arteria mammaria esterna getta sangue in copia e vi si pone tosto una legatura; arrestata l'emorragia arteriosa e quella venosa non abbondante, si trafigge il tumore con un lungo trequarti per la cui canula si fa passare un filo di ferro ricotto che si stringe con robusto serranodi: questa manovra tendeva a sminuzzare il tumore in modo incruento per rimovere l'imbarazzo che doveva recare la mole del tumore ai maneggi ulteriori; ma il filo si spezza contro la resistenza del tessuto fitroso.

In allora fatta passare la catena di uno schiacciatore Chassai-

gnac al di dietro del tumore rasente i margini delle incisioni cutanee, la si stringe lentamente, il tumore vien fatto sgusciare, mentre la catena scivola all'indietro, e si arresta contro agli aghi lanceolati, finchè il tessuto interposto, quello abbracciato dalla catena, cede come reciso e il tumore si stacca senza consecutiva emorragia dai vasi scorrenti nel peduncolo artificiale. Lavata accuratamente con acqua fenicata al due per cento la larga breccia rimasta, si riuniscono i margini della ferita cutanea con sette punti di cucitura intercisa col filo di seta, tra punto e punto si mette una listerella di cerotto adesivo, e si ricopre il tutto con un grosso strato di morbide filacce tenute in sede da un'adatta bendatura.

Andamento e cura consecutiva. — Le conseguenze dell'operazione furono semplicissime; il polso un po' frequente nei primi giorni (112-120) discese a 96 mantenendovisi fino alla partenza della donna, il respiro da 20 a 24 e la temperatura da 36,5 minima, a 37,6 massima.

Al 5° giorno dall'operazione si trova coalito perfetto in alto per un quarto circa della ferita; nel rimanente e tra i labbri alcuni coagoletti, e a un centimetro circa dalla ferita medesima la cute si sente uniformemente adesa sul fondo della breccia. Si tolgono le listerelle di cerotto e tre punti di sutura sul mezzo della ferita; medicatura con acqua fenicata, e all'interno, per combattere l'anemia che mantiene la frequenza del polso e un po' d'insonnia notturna, si amministrano alcune pillole d'oppio, vino di Marsala con tintura di china e acqua ferruginosa di Recoaro.

Il 22 luglio si trova la piaga detersa dove non è avvenuto il coalito per 1ª intenzione, e la suppurazione si riduce a poche goccie date dai condotti dei fili della sutura.

Il 28 luglio la operata lascia il letto; la piaga si è notevolmente ristretta ed ha sempre bellissimo aspetto; le condizioni generali sono ottime.

Ai primi di agosto la piaga di forma oblunga è ridotta a due centimetri di altezza, e uno di estensione, e il 12 dello stesso

mese cioè 28 dì dopo l'operazione la donna è dimessa dall'ospizio in istato locale e generale soddisfacente.

Alcuni mesi dopo, versando essa in gravi strettezze, si presenta da noi per qualche soccorso pecuniario, e troviamo che, meno l'anemia prodotta dalla insufficiente nutrizione, lo stato suo locale e generale è quello di una perfetta guarigione.

Breve descrizione del tumore — La massa esportata pesa 3253 grammi; ha forma globosa, ed è coperta per circa la sua metà da cute macroscopicamente normale, ma molto scura per la pigmentazione dovuta alla gravidanza. Il capezzolo sporge da un punto eccentrico della zona coperta dalla cute; ha forma normale, non è aderente, e lo circonda l'areola comune molto imbrunita. La cute scorre facilmente sulla massa neoformata e vi sta unita mediante tessuto cellulare lasso, e fortemente adiposo. La parte del tumore sprovvista di cute presenta contorni ben definiti, ed è ravvolta in una specie di cuffia costituita da tessuto fibroso. Spaccato il tumore nel senso del massimo diametro mostra la superficie del taglio assai irregolare; in alcuni punti il tessuto sentesi molto duro ed ha colore madreperlaceo, in altri si scorgono invece isole più o meno grandi fatte da un tessuto assai meno stipato e resistente, e di un colore traente al giallo; tra queste isole scorgonsi alcune cavità cistoidee di varia grandezza (da un grano di miglio a una noce, ed una quanto un ovo di gallina con il fondo vicinissimo alla cute) contenenti un liquido sieroso, giallognolo non filante. In nessun punto si nota rilevante sviluppo di vasi sanguigni, nè qualche zona con pigmentazione marcata.

Esame microscopico — Piacque all'egregio collega, il cav. Visconti, farne accurato esame microscopico per il quale lo ringrazio vivamente: il reperto è riferito dal distinto istologo nel modo seguente.

« *Fibro-adenoma qua e là intracanaliculare* — Il tessuto fibroso, » ch'è l'elemento predominante, in talune parti si presenta stipato

» e scarso di elementi cellulari, in altre l'elemento cellulare con-
» nettivo è più abbondante, abbondantissimo in altri punti ».

Tumori di questa fatta, sebbene non frequentissimi, occorrono tuttavia abbastanza di spesso perchè negli annali chirurgici se ne registri già un buon numero; pertanto tralascio, siccome oziose, le considerazioni che potrei fare sulla patogenesi, sull' andamento, sulla sintomatologia e va dicendo. Mi preme però rispondere preventivamente a qualche possibile obbiezione, e forse anche biasimo, per aver preferito un metodo di demolizione alquanto complicato con l'*écraseur*, al più spiccio, più semplice, più elegante gammautte che l' universale adotta. Dirò adunque, per mia difesa, che nel mio spirito la diagnosi era riuscita un po' incerta, e che dallo sviluppo delle vene cutanee e dalle pulsazioni della mammaria esterna m' era lasciato indurre nel supposto che ricorrendo al *bistoury* avrei avuto emorragia copiosa, molti vasi da legare, e perciò stesso maggior durata della operazione se compiuta con il coltello che con il metodo seguito. Il fatto dimostrò infondati i miei timori; ma considerato infine che le sequele della operazione, come venne condotta, furono semplicissime, voglio sperare che i lettori vorranno assolvermi *anche impenitente.*

GRANDI O PICCOLE MATERNITÀ?

considerazioni sull'igiene puerperale

PER IL

Prof. Cav. DOMENICO TIBONE

La quistione delle maternità è grave e complicata, imperocchè da una parte si collega con gli interessi della umanità, e dall'altra con quelli dell'insegnamento: Fu il Dottore L. Lefort, che più degli altri concorse a rilevarne la importanza e la urgenza. Egli intraprese studi statistici sovra la mortalità, che negli ospizi di maternità si osserva; la pose a confronto con quella delle puerpere che si sgravano fuori delle case speciali. — Queste ricerche comprendono i principali Stati d'Europa; ma fra i popoli di origine latina non si estendono a quelli che abitano le penisole Iberica ed Italiana. Vi sono ragioni per credere, che se anche non avesse lo statistico francese nel suo paziente lavoro lasciato questa lacuna, i risultati non sarebbero stati diversi. Ecco quali furono: Nelle maternità la mortalità pesa nella proporzione del 3,75 0/0, mentre la mortalità esterna nelle donne che si trovano nella stessa condizione fisiologica è soltanto di 0,47 p. 0/0.

La ragguardevole differenza gettò l'allarme tra i medici, e ad essi ed agli amministratori impose come incalzante la riforma degli Ospizi per le partorienti. Trattandosi di indagini riguardanti fatti raccolti ed ordinati in tempi e luoghi diversi, e con criteri non sempre uguali, facile è l'errore. Il Duncan ed il Barnes in Inghilterra ed il Vinckel a Dresda con maggiore rigore

rifecero le investigazioni del Lefort: Ne conchiusero che la mortalità esterna sta nella proporzione del 1 0/0.

Dopo questa correzione perdura la spiacevole impressione, che però viene d'alquanto attenuata dalla considerazione che agli asili speciali riparano i casi più gravi.

La eccedenza nella mortalità, che negli Ospizi si lamenta, è costituita quasi per intero da una sola classe di malattie — i processi puerperali. — Nascono e si propagano a modo dei morbi da infezione; assumono spesso la misura e l'andamento delle epidemie.

Alla genesi del puerperismo infezioso è ormai posto in sodo che la diversità nello stato sociale non costituisce un elemento causale sufficiente. Egli è pure dimostrato che i lunghi patimenti di ogni natura, comune retaggio delle clienti degli ospizi afflitte sempre dalla miseria economica e spesso anche dalla organica, la lunga durata del parto, le stesse operazioni ostetriche non agiscono, che quali cause di secondaria importanza, che il più sovente senza il concorso di altre cagioni rimarrebbero senza effetto. Infatti le donne della classe povera stanno sotto il peso delle stesse influenze; se si sgravano a domicilio sono per il solito immuni dai processi puerperali, per contro negli ospizi in certi tempi ne sono in grande numero colpite. Dico in certi tempi perchè anche nelle case spedaliere meno favorite sotto l'aspetto igienico si attraversano talvolta periodi di tempo abbastanza lunghi con uno stato sanitario lodevole.

Per mettere in chiaro la legge, che governa la genesi e la propagazione dei processi puerperali infeziosi, conviene tenere a mente, che si possono facilmente intendere e spiegare colle cognizioni che si hanno sulle ferite, e le patologiche successioni di esse, ricordate le condizioni speciali, che sono proprie dello stato puerperale. Se in camere insufficienti per capacità cubica, o per letti troppo vicini, o male ventilate ed aereate e comunicanti si raccolgono i feriti in certo numero, tosto si vedranno manife-

starsi le febbri settiche, le complicazioni difteriche, le risipole, le cancrene, i flemmoni, la pioemia, il tifo e via dicendo.

Seguendo il parallelo lo stesso fatto si riproduce nelle case di maternità. La agglomerazione di puerpere, la venuta di una donna con il feto putrefatto e simili, lo accidentale insorgere di una malattia infeziosa bastano a dare origine ad una endemia che cresce e padroneggia ove per la infelice disposizione dell' abitato non si possono isolare le donne che ne sono affette. Ed ecco venire in scena la difterite delle vie generative, le metriti, le parametriti, le peritoniti, le flogosi diffuse e metastatiche e le setticemie.

Dalla natura delle cagioni passate in rivista facile è il derivare che i processi puerperali non sono esclusivi degli ospizi. Anche fuori di questi e nelle case le meglio favorite si originano per auto-infezione e propagare si possono per etero-infezione.

Quando la malattia insorge nelle prime ore dopo il parto con invasione violente, febbre alta e spiegata tendenza alla diffusione, poco o nulla può l'arte medica. La donna è perduta, la mortalità cresce e raggiunge una proporzione inquietante.

Dopo la pubblicazione del libro del Lefort fatta nell'anno 1866, molti ospizi di maternità vennero migliorati; se ne costrussero de' nuovi con nuovi concetti. Mutato, ovvero modificato in parte l'ambiente torna opportuno il ripassare in rivista il risultato riguardo alla mortalità. Nella Clinica di Konisberga negli anni 1873-74, nella maternità di Mosca nell' anno 1875 fu di 1,10 0|0; un po' maggiore (1,20 0|0) fu nella maternità di Dresda negli anni 1874-75. Nella maternità di Pietroburgo negli anni 1871-72 raggiunse il 4,20 0|0. In Bérna nella vecchia maternità superò il 6 0|0 ed una volta toccò il 10 0|0; nella nuova maternità, la quale venne inaugurata in novembre dell'anno 1876, discese al 3 $^1/_2$ 0/0. È un po' minore nelle maternità di Zurigo e di Bonn che sono pure di recente costruzione. Nell'ospizio di S. Caterina in Milano fu nell'anno 1876 di 8 1/2 p. 0|0. Ma questa è certo la maternità in cui si praticano in maggiore numero le operazioni più gravi.

Queste poche e nude cifre bastano per condurre alla conclusione che gli ospizi di maternità si possono dividere in due categorie. Nella prima io ordino quelli, nei quali in grazia degli igienici provvedimenti la mortalità è normale perchè eguale alla esterna o di poco si scosta. Nella seconda categoria prendono posto quegli ospizi in cui la mortalità si eleva al di sopra della normale.

Viene opportuno il momento per vedere a quale di queste categorie appartiene l'ospizio di maternità di Torino. Evidentemente e sciaguratamente alla seconda. Ha sede in una casa che già fu un convento; lo abitavano i padri Trinitari scalzi, che la rivoluzione francese disperse. Fabbricato con tutt'altro scopo, ed in tempi, in cui confinava con i bastioni della città, s'intende come male si sia potuto ad ospizio per le partorienti adattare. Occupa uno spazio della figura di un triangolo rettangolo a vertice curvo dell'isola N. 42 situata tra la via dello Spedale e la piazza Cavour, in vicinanza di due grandi ospedali il militare e quello di San Giovanni, che è il massimo della città. Questa riunione di case spedaliere nella stessa regione senza contare gli istituti di educazione e di lavoro, di cui alcuni assai popolosi, come quello delle Rosine, costituisce di già per sè una sorgente di danni; ma entriamo nella casa. Il fabbricato è disposto tutto all'ingiro dell'area occupata dalla maternità circoscrivendo un cortile stretto, umido e male soleggiato (1). Le infermerie per la massima parte vennero, stante l'angustia dello spazio, raccolte nei due lati che congiungendosi formano l'angolo retto; il settentrionale è paral-

(1) Calza quivi una mia idea, che vorrei accettata nell'igiene edilizia. Questa di molto si avvantaggerebbe quando la fabbricazione in un dato spazio — mettiamo di figura quadrata — venisse limitata a tre lati, lasciando il quarto, preferibilmente il meridionale, senza costruzione alcuna, e diviso dalla via pubblica soltanto da una cancellata. Fornita sarebbe a larga mano a tutti gli alloggi la luce e l'aria. La città s'ingrandisce: pensino gli edili un po' più alla salute; parmi la proposta accettabile verso le regioni eccentriche della città, ove il terreno costa meno.

lelo alla via dello Spedale, l'occidentale confina con la corte detta di S. Michele. Stanno collocate le une al di sopra delle altre, quindi facile la comunicazione dei morbi da una infermeria infetta ad un'altra immune. Il lato meridionale, raffigurante l'ipotenusa non si eleva oltre il secondo piano; guarda sulla piazza Cavour. Contiene due dormitori per le gestanti, il magazzeno della biancheria e l'alloggio delle persone addette all'ospizio; una parte molto piccola è riservata per le puerpere. In sul vertice sta la chiesa; per i bisogni della casa è grande, sin troppo.

In generale servono ad uso di infermeria camerette che già furono celle, insieme comunicanti mediante corridoi. I corridoi che percorrono il lato Ovest restano chiusi verso l'estremo Sud dall'alloggio degli impiegati, e quindi viene interrotta la più diretta comunicazione tra le infermerie e la ampia piazza Cavour, e tolto il beneficio della aereazione naturale dalla via dello Spedale alla detta piazza, cioè dal Nord al Sud. Inconveniente questo assai grave perchè tra l'Est e l'Ovest il movimento dell'aria è quasi nullo; da una parte ergesi la chiesa e dall'altra un edificio assai alto, di proprietà privata, chiude la corte di S. Michele dividendola da via S. Massimo.

Per supplire al difetto gravissimo della naturale aereazione la Direzione con lodevole intendimento mise in opera la ventilazione artificiale industriandosi per superare le difficoltà non poche cui si va incontro quando si vogliono applicare apparecchi di artificiale ventilazione in case già costrutte e finite. Dirò dapprima che la ventilazione artificiale vuole essere tenuta come coadiuvante della naturale, e non come principale agente, avvegnachè ove non raggiunga l'intento igienico la casa non serve allo scopo. In secondo luogo metto innanzi la osservazione, che il sistema di ventilazione introdotto nell'Ospizio della maternità funziona, a mio avviso, come l'apparato circolatorio sanguigno. La stessa molecola fluida facilmente nello stesso punto ripassa. Ma più delle considerazioni teoriche, che hanno pure un gran peso, vale l'au-

torità della esperienza. Questa ha oramai chiarito, che il risultamento non corrisponde alle concepite speranze, ai tentati sforzi.

Così infelici essendo le condizioni topografiche edilizie della maternità, i processi puerperali endemici erano a temersi. Quivi pur troppo la previsione non andò fallita. Appoggerò le mie parole alla statistica.

L'ospizio era per il passato diviso in due sezioni; la prima per le nubili, vi si dava lo insegnamento dell'ostetricia minore; la seconda per le maritate, serve per la Clinica ostetrica per gli studenti in medicina. Nel gennaio dell'anno 1877 essendo stato restituito al Professore dell'Università lo insegnamento dell'ostetricia per le aspiranti levatrici, venne formata una terza sezione a questo insegnamento destinata. Restringo le mie ricerche nel campo della Clinica per gli studenti. Queste comprendono il movimento clinico che si svolse dal 1° novembre 1858 al 31 luglio 1879, cioè per anni 21. Prendendo per base il criterio desunto dal numero dei parti questo intervallo di tempo abbastanza lungo si presta per essere distinto in due periodi. Nel primo che finisce con il mese di ottobre dell'anno 1870, i parti erano abbastanza numerosi; nel secondo periodo il numero dei parti si può dichiarare addirittura non bastante per lo insegnamento clinico anche ridotto ad esigenze molto moderate.

Dette queste parole a schiarimento metto mano alle cifre. Dal 1° novembre 1858 al 31 luglio 1870 partorirono nella Clinica 4376 donne con una media di parti nell'anno solare di 364, nell'anno scolastico di mesi 9 di 273; si praticarono operazioni 243 = 5,55 0/0. Morirono per puerperismo infezioso 158 = 3,61 0/0, per altre malattie 67 = 1,53 0/0. La media complessiva delle morti è di 5,14 0/0. Nel secondo periodo (1° novembre 1870 — 31 luglio 1879) si contano parti 1719; la media nell'anno scolastico discende a 183. Le operazioni 212 = 12,33 0/0. Morirono per processi puerperali 101 = 5,87 0/0, per malattie comuni 30 = 1,74 0/0. Mortalità complessiva 7,61 0/0. Egli è il risultamento dell'ultimo triennio, che è venuto a tur-

bare aggravando la proporzione centesimale delle morti, durante il quale spesso si manifestarono epidemici i processi puerperali; e nell'anno 1877 furono tanto gravi da far chiudere per un certo tempo la Clinica. Riducendo l'esame su quell'intervallo di tempo, che ha per limiti il 1° novembre 1870 ed il 31 luglio 1876 si ricaverebbero le seguenti cifre: Parti N. 1192; morte per processi puerperali 4 0/0, per altre malattie 1,50 0/0 (1).

Se si mette a confronto il risultamento dei due periodi in cui ho diviso il tempo compreso nella mia inchiesta statistica, ne scende a guisa di conclusione, che il numero delle operazioni è in ragione inversa del numero dei parti. Le morti per puerperismo infezioso seguono la stessa legge. Tra le cause dei processi puerperali figurando la assistenza ostetrica per parte dei giovani si capisce come questa debba esercitare una influenza tanto più nociva quanto più è ristretto il campo in cui si svolge.

Della sezione terza non parlo perchè da breve tempo istituita. Nè portare intendo le mie ricerche alla prima sezione perchè non vi ho ingerenza, o perchè so, che le conclusioni, che si possono derivare dai paralleli statistici non sono sempre conformi al vero appunto perchè si confrontano elementi di valore diverso. Nel caso concreto vuolsi valutare il numero delle operazioni; la gravezza di queste e la essenziale circostanza dell'essere o non aperte le sale allo insegnamento clinico degli studenti, per la cui istruzione voglionsi esami diagnostici lunghi, minuti, ripetuti, e non sempre innocui, senza parlare di altri elementi che si elevano pure a fattori di morte. D'altronde per l'obbiettivo, che ho in vista, non occorre punto, che io mi spinga tanto innanzi per questa strada. Bastami il sapere, che le condizioni, le quali attristano la Clinica universitaria si distendono alle altre sezioni.

---

(1) In queste cifre non sono comprese le donne trasportate allo Spedale di San Giovanni.

L'esperienza di parecchi anni ha oramai posto in chiaro, che la casa, in cui è attualmente tenuta la maternità, male serve per dare ricetto alle partorienti; messi invano in opera i riattamenti edilizi, e riconosciuti insufficienti gli igienici espedienti concessi dalle circostanze lo addivenire con sollecitudine, con energia a misure radicali è dovere, è necessità! E siccome nelle odierne condizioni della società l'abolizione degli ospizi è impossibile, rimane quale unico provvedimento efficace la costruzione di un edificio per questo scopo speciale ideato e disposto.

Gli ospizi per le partorienti si possono ordinare sotto tre sistemi:

a) Asili piccoli e sparsi qua e là a seconda del bisogno;
b) Ospizi a sistema di corridoio;
c) Ospizi a sistema di padiglioni isolati.

I piccoli asili vennero introdotti sin dal 1868 a Pietroburgo per opera della intelligente carità del Maydell, capo del Servizio Sanitario e del Trepoff, aiutante generale del Capitano di città; aperti furono nelle regioni più povere. Ogni asilo è provvisto di quattro letti. Non si accettano le donne se non sono in soprapparto. Quando si dichiara un caso di malattia infeziosa si sospende la ammessione; la malata è trasportata se non è sola; in caso contrario si cura sino all'esito della malattia, e poi l'asilo è chiuso e disinfettato. Si possono inviare alla maternità le donne per le quali è richiesta l'opera dell'arte. La spesa per ogni donna è di circa 75 lire. La mortalità è di 0,99 0|0. Qualche cosa di simile fece il Dr. Husson, Direttore generale della Amministrazione degli spedali in Parigi nell'anno 1867. Nella circostanza di grave epidemia puerperale nell'ospizio di maternità, fece sospendere la accettazione, e dirigere le partorienti presso le levatrici della città, cui per l'assistenza al parto e nove giorni di puerperio venne assegnata la retribuzione di L. 50. Continua questo sistema; anzi, dalla città con speciali sussidi venne ampliato. Gli

asili aperti non essendo alle gestanti nè facendovisi fronte a tutti i casi di distocia non possono venire alle maternità sostituiti. D'altronde gli ospizi posti in favorevoli condizioni igieniche, quand'anche popolosi, gareggiano, senza averne gli inconvenienti, felicemente con i risultamenti conseguiti negli asili; questi raccomandare quindi tutto al più si possono come succursali delle maternità, nelle quali l'igiene spiegare non può la propria potenza, ed in tempi difficili.

Alcuni ospizi di recente costruzione appartengono al secondo sistema, stando le infermerie riunite nello stesso edificio, e comunicanti mediante corridoi. Ricordo all'estero Berna e Zurigo ed all'interno Firenze e Pisa. I risultamenti non sono per intero soddisfacenti. Nello scrivere queste parole m'appoggio specialmente sulla statistica delle due maternità svizzere; quella delle italiane non venne pubblicata. So però che la maternità di Pisa fu sinora interamente immune dai processi puerperali; il che non si può dire della nuova di Firenze. Trattandosi di far sorgere una casa dalle fondamenta non è certo a questo sistema che io vorrei data la preferenza.

Il sistema, che prende nome dai padiglioni isolati sparsi sopra un'area abbastanza estesa, è quello che raccoglie i maggiori suffragi per parte degli ostetrici e degli igienisti; rende facile lo isolamento, ed i padiglioni si possono alternativamente occupare. La ripartizione delle ricoverate in più sezioni o comparti attenua di molto le influenze morali, cui l'illustre Prof. Giordano nella sua vasta esperienza dà tanta importanza. Si consegue con la divisione la unità nella azione direttiva. I padiglioni sono di un solo piano oltre il terreno; in questo le gestanti, in quello le puerpere. Bastano le costruzioni leggere, le quali quivi non contraddicono all'igiene ed inservono all'economia.

Io aveva per l'appunto peculiarmente di mira questo sistema nella lettera, che scrissi nell'anno 1877 alla Direzione della Maternità, che dessa appoggiò col suo autorevole voto ed unì alla

dimanda rivolta all'onorevole Sindaco della città per ottenere la concessione del terreno per la costruzione del nuovo ospizio, in massima progettato. Scelta la sede verso le regioni eccentriche della città si può facilmente trovare un'area sufficiente ed a mite prezzo. Io credeva, e continuo a credere, che una superficie di terreno fabbricabile richiesta dalle condizioni del nuovo ospizio non possa turbare il piano d'ingrandimento della città e guastarne il concetto estetico. Quel che si potè fare a Berna, a Praga ed altrove non so perchè non si possa fare a Torino. La quistione è sempre allo studio; nè senza ragione se ne spera un felice scioglimento, imperocchè lo efficace ed intelligente concorso del Municipio di Torino non viene mai meno negli intraprendimenti utili e buoni, ed è noto quale sia lo interessamento in chi lo presiede a quanto riesce di vantaggio alla città ed alla istruzione; e quivi si tratta di dare la vita ad un'opera grandiosa, che farà epoca nella storia del nostro paese, onorando la umanità e riuscendo di vantaggio alla scienza. Torino come città universitaria non può fare a meno di un grande Istituto ostetrico, pari per importanza alla Università ed alla sua sede.

Allo stesso sistema appartiene la maternità di Praga; la quale è per l'appunto quella, che io sceglieva a modello nella parte sostanziale con la mia proposta. Nè si è da quel tempo in poi la mia convinzione mutata. Il Lefort nel 1864 trovò a Praga la vecchia maternità costituita da camere piccole insieme comunicanti direttamente o mediante corridoi, e la mortalità elevantesi all'8 0/0. Il suo voto fu una nuova maternità; e questa sorse con sei padiglioni; tosto la mortalità scese e si mantiene ad 1,50 0/0. Alla maternità di Torino, che in parte ricorda quella di Praga, auguro la stessa felice trasformazione, dirò meglio, rinascimento sotto una forma, che sarà arra sicura di lieto avvenire. Il piano della clinica ostetrico-ginecologica progettata in Berlino per il Professore Schroeder di prossima costruzione venne allestito secondo lo stesso concetto. Per la parte ostetrica si compone di tre padi-

glioni isolati, contenenti ciascuno 20 letti; venne preparato per 600 parti (1).

Nella discussione tenutasi nei Congressi medici, che si riunirono in Bruxelles nel mese di settembre negli anni 1875 e 1876, sull'argomento delle maternità, tra altre conclusioni venne stabilito che le grandi maternità devono scomparire per fare posto ai piccoli ospizi a camere separate. Torna opportuno il dimandare: Quale è il limite che divide i grandi dai piccoli ospizi? Certo si deve cercare nel numero delle ricoverate essendo una guida infida il numero degli abitanti della città, in cui ha sede la maternità, imperocchè variano i costumi, varia in numero la popolazione povera da una città all'altra, e nei climi freddi più sentita essendo la miseria, immutate mantenendosi le altre circostanze, cresce la affluenza agli spedali. Il Virchow, il quale fu tra le autorità scientifiche consultate dalla città di Praga sul progetto della nuova maternità, vorrebbe, che nello stesso ospizio durante l'anno si accogliessero non più di 1500 donne. Il Professore Hyernaux, che nei congressi medici di Bruxelles difese con tanto calore ed eloquenza la causa delle maternità e votò per la divisione delle grandi maternità in piccole, propone un ospizio formato di quattro padiglioni distinti della capacità in complesso di 64 a 120 letti. Secondo queste norme non vi ha maternità alcuna in Italia che si possa qualificare tra le grandi, neppure quella di Torino, che nell'anno solare non raggiunge in media 560 parti. Grandi maternità sono quelle di Vienna, di Pietroburgo, di Mosca, di Parigi, e va dicendo. Se non che per la via in cui mi sono posto, mi arresta una quistione di ordine pregiudiziale. Vuolsi sapere se sotto il punto di vista dell'igiene regge la divisione degli ospizi in grandi e piccoli.

La statistica mi fornisce gli argomenti per poter rispondere al

---

(1) *Impressioni di un ostetrico in viaggio.* Lettere del Dr. L. Mangiagalli al Prof. D. Chiara. — *Annali di Ostetricia Ginecologica e Pediatria.* Milano anno I 1879, pag. 618.

fatto quesito con la negativa. Nella maternità di Mosca con 3425 parti nel corso dell'anno, si ha la mortalità di 1,10 0/0: nella maternità di Dresda con 1100 parti nell'anno la mortalità è inferiore a quella, che si osserva presso le levatrici. Ricordo ancora il soddisfacente risultamento conseguitosi nella maternità di Praga, in cui si compiono 2700 parti durante l'anno. Alla Rotonda di Dublino, in cui si osservano più di mille parti nell'anno, sono rimosse le epidemie puerperali, e la mortalità è all'incirca come l'esterna (Playfair). Passiamo agli esempi dati dai piccoli ospizi. Un primo e convincente esempio mi viene fornito dal Prof. Peter (1), il quale nella piccola maternità annessa allo spedale della Pietà di Parigi, che conta soltanto 16 letti, ebbe nel corso dell'anno corrente una grave epidemia di febbre puerperale. Nella maternità annessa allo spedale di S. Antonio insorse una epidemia puerperale nell'anno 1875 che rinnovossi nel 1876; ma quivi alcuno mi potrebbe forse movere la obbiezione, che non si tratta di uno spedale speciale, isolato, indipendente, ma di sale ostetriche annesse ad uno spedale comune; annessione questa dai cultori dell'igiene condannata. Passo quindi agli ospizi di maternità. La prima prova me la fornisce la Clinica ostetrica di Torino; i processi puerperali procedono in ragione inversa del numero dei parti, che si mantengono da qualche anno in numero di soverchio ristretto. Nell'ospizio di Santa Caterina in Milano nell'anno 1876 su 330 parti si ebbe una mortalità di 8 1|2 0/0; nell'anno seguente la mortalità scese a 4,10 0/0, sono lieto di poter aggiungere, che per i notevoli miglioramenti introdotti dall'ottimo amico mio il Prof. D. Chiara, Direttore di quell'Istituto, opportunamente secondato dall'Autorità amministrativa, la mortalità è notevolmente diminuita: Infatti dal 1 maggio a tutto agosto dell'anno corrente su 98 parti, di cui 20 artificiali, si conta un solo caso di morte (2). Nella piccola maternità an-

(1) Peter M. *Leçons de clinique médicale.* Tome II, pag. 752. — Paris, 1879.
(2) *Annali di ostetricia, ginecologia ecc.* ottobre 1879.

nessa allo spedale Cochin la mortalità nei cinque anni, in cui fu diretta da L. A. De Saint-Germain, anche dopo notevoli miglioramenti fu del 5 p. 0|0. Nell'Istituto ostetrico di Parma su 287 parti verificatisi in un triennio morirono 20 donne = 14,35 0|0: nel biennio successivo (1875-1877) su 384 partorienti morirono 8 donne = 6,04 0|0. Nè v'ha certo ragione alcuna a rimproverare al Direttore l'egregio Prof. G. Calderini trascuratezza nelle misure profilattiche, di cui è scrupoloso e minuto osservatore. Da questo confronto, che facilmente potrei estendere, ne deriva, che gli ospizi riguardo alla mortalità si devono dividere non in grandi e piccoli, ma in igienici ed anti-igienici *(Maternités malfaisantes* di Peter).

È l'igiene con gli adattamenti edilizi e le costruzioni nuove ad uno scopo diretto e definito intese, con tutti gli altri provvedimenti, che ne scendono quale necessaria conseguenza, che deve riporre in onore le maternità.

Un ospizio sia pure ridotto a proporzioni piccole e modeste oltre gli amminicoli indispensabili per ogni maternità, vuolsi provveduto di un padiglione per lo isolamento; quindi si accresce la spesa in ragione del frazionamento. Capisco che quando si tratta della vita umana la questione economica passa in linea secondaria; ma da una parte è con intera verità dimostrato, che la salvezza igienica non è una proprietà inerente ai piccoli ospizi, e dall'altra mi è noto, che le difficoltà di ordine economico si elevano facilmente al grado di impedimenti. Per la creazione in Torino di una nuova casa per le partorienti s'incontrano difficoltà ed ostacoli di non poco momento; che a vincere certo non basta il buon volere degli amministratori, cui viene meno la forza economica della pia opera; ma vuolsi la soccorrevole mano del municipio, della provincia, del governo o della carità privata. Il cercare di dividere, il parteggiare gli ospizi in piccole proporzioni non è certo agevolare la via per raggiungere l'intento da tutti agognato.

Frattanto mentre si ragiona, si discute, si cerca e si aspetta le cose continuano a camminare sullo stesso piede. Attendendo quindi e sperando un avvenire migliore in tempo non lontano, la prudenza consiglia, che si cerchi il modo di stare il meno male, che è possibile, anche con qualche sacrificio nella casa in cui ci troviamo. L'amministrazione merita lode per quello che già fece. Aprì molti sfogatoi alla aereazione naturale; per assicurare il funzionamento degli apparecchi di ventilazione e di riscaldamento ne dirige essa stessa lo esercizio; estesa l'area destinata alle puerpere; assai più avrebbe fatto se non fosse stata trattenuta dalla incertezza tra lo andare e lo stare.

Sotto la temperata forma di desiderî espongo le innovazioni edilizie e gli igienici miglioramenti, che a mio avviso sono convenienti, e di pratica attuazione. Angusta è la casa per le ricoverate; si può ingrandire mettendo nelle adiacenze gli impiegati, che ora entro vi dimorano; si guadagna in capacità cubica, in superficie metrica, e più di tutto si consegue di vedere i corridoi comunicare ampiamente da una parte con la via dello Spedale, dall'altra con la piazza Cavour; sono nuovi e grandi sfogatoi, che io propongo di aggiungere: Nè con questo trasferimento si fa danno al servizio. Affine di assicurare la efficacia dello artificiale ricambio dell'aria sarebbe conveniente, che si facessero studi con il proposito di portare l'aria viziata al disopra del tetto; ovvero, se la cosa in questa direzione non fosse sempre fattibile, condurre l'aria viziata al piano terreno, ma fuori e possibilmente ad una certa distanza dalla casa.

In Torino, con la comodità dell'acqua potabile, ogni camera per le puerpere e più particolormente quella del soprapparto dovrebbe essere fornita di due cannelle l'una per l'acqua calda l'altra per la fredda. Qua e là, secondo il bisogno, farebbe d'uopo scavare nel muro gole o condotti per portare la biancheria sporca al piano terreno. Nè ciò è tutto; mi resta ad accennare al più essenziale requisito, che mai invano si debbe cercare in una mo-

derna maternità, voglio dire il padiglione per lo isolamento delle puerpere in corso di morbo infezioso. Il problema non è punto facile stante la ristrettezza dell'area, che non concede nuove costruzioni. Dall'altro canto il confinare in alcune delle camere esistenti le puerpere, che sono di pericolo per le lore compagne, è insufficiente misura. Io non veggo altra via, che quella di dividere la chiesa in due piani; l'inferiore basterebbe per il culto; il superiore trasformare si potrebbe in infermeria isolata. Corro il rischio di buscarmi la taccia di barbaro con la proposta mia, perchè ove venisse accolta si dovrebbero costrurre vôlte e scavare finestre in un edificio, che è una lodata creazione del Juvara; ma per me basta avere propizia la Dea Igea.

La spesa, in cui si concretano i miei suggerimenti, non tarderà ad essere compensata; cacciati i processi puerperali, diminuisce notevolmente la media della permanenza spedaliera, ed il costo dei rimedi.

La questione delle maternità si connette spesso con quella dello insegnamento ostetrico: in Torino poi l'attinenza tra le due quistioni si fa intima stando tra gli scopi dell'opera pia la istruzione pratica della ostetricia. Nei tempi andati era questa quasi intieramente riservata alle allieve levatrici; oggidì nelle nazioni le più avanzate nello incivilimento, presso le quali sono tenuti in alto onore gli studi, il primo posto è lasciato agli studenti in medicina. La Clinica ostetrica per gli studenti in virtù della convenzione vigente tra il Ministero della pubblica Istruzione e la R. Opera è fornita di 38 letti. Il criterio desunto dal numero dei letti è giusto è equo quando la ammessione delle ricoverate è tra i poteri del Direttore della Clinica; cessa di esserlo quando è fatta da altri. Converrebbe sostituirvi il criterio della permanenza spedaliera, o del numero dei parti. Nella nostra Universitá il Professore di ostetricia tra i clinici insegnanti è il solo, che non ha la facoltà della accettazione — fatta qualche eccezione riguardante casi speciali. Pare quasi, che si abbia timore, che ove fosse il cli-

nico ostetrico posto nelle condizioni, che sono comuni agli altri Direttori di clinica, la entrata delle donne venisse a cessare di essere spontanea, volontaria e da loro desiderata. L'ufficio di accettazione riceve, giudica e manda le donne, che si presentano, alle varie sezioni, in cui è diviso l'ospizio. Alla Clinica sono particolarmente le maritate; alle quali s'aggiungono quelle gestanti nubili, che si crede opportuno e conveniente di dirigere. Nella nostra maternità all'opposto di quanto si segue in alcuni ospizi esteri (1) i maggiori riguardi si usano alla gestante nubile: Se il pratico ammaestramento si traduce in un risico, od anche soltanto in una noia, in una seccatura parmi cosa più equa, che rispettando il sentimento della famiglia venisse risparmiato alla onesta madre, su cui pesano nuovi e sacri doveri, e vi si assoggettasse di preferenza la nubile. Prevedo la obbiezione; mi si mette innanzi la ragione del secreto; tosto soggiungo, che a questo non si adempie nella maternità di Torino, che in una parte assai piccola. Di regola generale non si ammettono le gestanti che alla fine dell'8° mese; e la gravidanza è di già avvertita alla fine del 6° mese; lascio la conseguenza al benevolo lettore. Ma voglio essere conciliante e condiscendente; ammetto titoli per riguardi speciali nella ragazza, in cui si scorge non la colpa ma una vittima; la stessa ragione estendo alla maritata, che ha il marito assente da tempo..... non tanto breve. Ma si arresta la mia condiscendenza quando si tratta della nubile recidiva. Londra è ricca di molti ospizi; le nubili recidive trovano in tutte le porte chiuse. Io meno severo chiedo solo, che loro siano soltanto aperte quelle della Clinica.

L'amore dell'umanità, e il desiderio di vedere avvantaggiato lo insegnamento clinico animano il mio dire. Ricordo ancora una volta, che i processi puerperali crescono nella stessa misura con

---

(1) Libero Bergesio per le cliniche estere. Lettere al Prof. D. Tibone, Torino 1879, pagina 11.

cui scema il numero dei parti. Facile è poi il pensare lo stato dell'animo di chi sente il dovere, ed ha obbligo di impartire la istruzione pratica ai giovani, che numerosi frequentano la Clinica, nel vedere la maggior parte dei letti vuoti, ed è astretto a ridurre l'azione sua alle preghiere, alle esortazioni. Aspettando tempi migliori faccio intanto voti, che le nubili recidive, ed i casi di distocia perchè più istruttivi siano sempre diretti alla Clinica. Così si usa in altre maternità divise pure in più sezioni come la nostra; nè fa di bisogno andare fuori d'Italia e della classe delle Opere pie per trovare esempi; basta portarsi a Genova.

Il periodo dei tempi migliori, di cui ho più sopra tenuto parola, pare incominciato. Il Consorzio universitario funziona, e già spiegò la sua azione benefica sulla Clinica; la quale si farà certamente miglioratrice se vorrà adoperarsi per ottenere, che in maggior numero le donne siano alla Clinica inviate dando ascolto ai consigli giá fatti conoscere con la pubblica stampa (1). È agli studi presso la amministrazione il quesito diretto a ricavare la cifra esponente il maggiore costo delle ricoverate nella Clinica, base delle trattative. Nè questo è il solo fatto lodevole, che io devo notare: Spira ora più favorevole il vento, e più propizie volgono le circostanze per la Clinica; alcuni mutamenti nelle persone preposte al governo della parte materiale, posero la Direzione in grado di darvi un po' più di spazio, e di aggiungervi alcuni letti. Da un po' di tempo veggo accresciuto il numero delle ricoverate. Questi miglioramenti io narro per procurarmi la occasione di ringraziare a nome mio ed a quello degli allievi i presenti reggitori della amministrazione per quanto hanno fatto, e si propongono di fare ad incremento dei clinici studi. Questa non è l'ultima tra le ragioni, che mi spinsero a scrivere questa nota; dimando venia al lettore se troppo lunga la trova.

---

(1) Sulla relazione della Commissione amministrativa del Consorzio universitario di Torino. — Considerazioni di alcuni Professori dell'Università. — Torino 1879, pag. 5.

DI UNA CURIOSA EMIGRAZIONE
DELLA SOSTANZA CEREBRALE DEL FETO

NOTA DEL

Dr. LUIGI MANGIAGALLI

Medico 1.° Assistente nella R. Scuola di Ostetricia di Milano

DIRETTA DAL

Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

Fra le molteplici e svariate lesioni che può subire il feto attraversando la filiera pelvica vuoi per la *vis a tergo* rappresentata dalla contrazione uterina, vuoi per la *vis a fronte* che l'arte molte volte deve aggiungere o sostituire alla prima, è curiosissima quella che qui verrò esponendo, e che rinvenni percorrendo per mio studio le cartelle cliniche degli anni antecedenti.

N. 108. Anno 1875. — Illpara, pelvi rachitica: le altre due gravidanze erano state interrotte artificialmente nel corso dell'ottavo mese; entra nell'Ospizio in travaglio il 14 maggio: membrane integre, dilatazione di 3 cent., presentazione incerta, Sp. 24.5. — Cr. 23. — C. E. 16.5 — Retto interno 84. — Gravidanza arrivata al principio del 9° mese.

Più tardi progredita la dilatazione si constata la presentazione cefalica, ma poscia la testa sfugge malgrado i mezzi attuati per fissarla, e viene sostituita dalla spalla destra, per cui si passa alla versione, colla quale si estrae una femmina gravemente asfittica e che non si riesce a rianimare. Nella cartella non è indicata la durata dell'atto operativo e la forza approssimativa impiegata nell'estrazione.

Autopsia. — Peso grm. 2150. Lunghezza 45 (24-21) B. P. 86. B. mast. 70. Levata la volta cranica si nota a sinistra grave spandimento sanguigno nel quale quasi nuota il corrispondente emisfero cerebrale, diminuito nella sua massa; l' emisfero destro è integro; non si trova traccia di cervelletto. Aperto il torace nel cavo pleurico destro si trova una massa encefalica, che pigiando in addietro il polmone, riempie tutta la cavità, e che corrisponde precisamente alla parte trovata mancante nel cavo cranico. Nella ricerca della strada tenuta dalla sostanza encefalica nella sua emigrazione, si trovò un esteso distacco di tutte le parti molli prevertebrali e rotto a tutto spessore il corpo della 7ª vertebra cervicale: questa frattura indica almeno che le trazioni fatte dovettero essere alquanto valide.

La lettura di questa autopsia mi lasciò alquanto impressionato quando la lettura di una recente memoria di Ruge, pubblicata nella 2ª parte del vol. IV, 1879, della *Zeitschrift für Gebürtshülfe und Gynaekologie,* m'indusse a renderne noti i reperti al pubblico ostetrico.

L'attenzione di Ruge sull'argomento trattato nella sua memoria, venne attratta dalla osservazione di un caso analogo a quello più sopra enunciato. Egli intitola la sua memoria: *Sulla embolia cerebrale dei neonati:* per quali fatti egli sia venuto a porre nel commercio scientifico questa designazione lo vedremo passando in disamina i casi da lui descritti.

Il 22 giugno 1875 venne estratto un bambino del peso di grm. 3300 mediante la cefalotrissia a testa posteriore al tronco. All'esame del cadavere fetale colpiva tosto lo sguardo la presenza al disopra della clavicola destra di un tumore di consistenza pastosa della lunghezza di 6 centim., della larghezza di 4 centim., che al pari di un altro tumore della grandezza di un pugno situato al lato sinistro del collo, consisteva di sostanza cerebrale, che si spingeva anche nella cavità toracica ricoprendo il timo. Questa ragguardevole massa di sostanza cerebrale commista a

frastagli di midollo spinale aveva trovato la sua via attraverso il canale spinale ed una breccia in corrispondenza della 6ª vertebra cervicale, che, infranta nella sua linea epifisaria superiore, lasciava una soluzione di continuità di circa 3 ½ ctm.

Più curioso ancora fu il reperto in un secondo caso, che riguarda una bambina del peso di grm. 3540, che aveva resa necessaria la cefalotrissia dopo la versione. Lo sterno-cleido-mastoideo di destra è quasi intieramente lacerato e l'articolazione sterno clavicolare dello stesso lato squarciata. Il cuore molto ingrandito è ripieno di sangue fluido, di color rosso oscuro, nel quale nuota una quantità di particelle grigiastre, somiglianti a frustoli di sostanza cerebrale. Nella vena cava inferiore come nelle vene epatiche si trovano simili masse, che al microscopio si presentano come costituite di una sostanza fondamentale finamente granulosa con nuclei rotondi ed attraversata da *numerosi capillari ripieni di sangue.* Il corpo della 4ª vertebra cerebrale è rotto in corrispondenza della sua linea epifisaria superiore: la volta cranica è fratturata in più punti e nel cervello trovasi un focolaio della grandezza di una ciliegia di sostanza cerebrale dilacerata ed in sfacelo nel lobo superiore di sinistra. È qui, secondo l'autore, che la sostanza cerebrale sminuzzata trovò la via nelle vene e quindi pel cuore destro nella c. inferiore e nelle v. epatiche.

A maggior schiarimento riporterò ancora il 3° caso. In questo (23 luglio 1875) vennero fatti tentativi infruttuosi di forcipe e quindi fu praticata la versione ed estratta la testa con trazioni manuali. All'autopsia oltre a molteplici fratture delle ossa craniche, ed a distacchi in corrispondenza delle suture, si rinvenne versamento sanguigno al disopra della massa cerebrale. Nel cervello che si presenta molto anemico, lateralmente a sinistra al disotto della sostanza grigia trovasi un focolaio di rammollimento e di sfacelo della sostanza cerebrale e similmente a destra. Alla base del cranio piccole particelle cerebrali commiste a sangue e le arterie vertebrali, la basilare, le oftalmiche ed i piccoli tronchi

che si diramano nella fossa di Silvio, *sono intieramente ostruiti di una sostanza bianchiccia*, che microscopicamente si dimostra come sostanza cerebrale.

Una obbiezione potrebbe farsi all'autore, obbiezione che egli stesso prevede e combatte, ed essa consiste in questo, che prescindendo dalle grosse masse cerebrali, cacciate violentemente in parti lontane, come nel caso da me citato e nel 1° caso di Ruge, le piccole particelle cerebrali rinvenute nei vasi potrebbero invece riferirsi a formazioni fibrinose. La *zona granulosa* che si segrega dal sangue presenta infatti una certa rassomiglianza con esse, ma la presenza di capillari nei frustoli rinvenuti nel sangue basta a dissipare ogni dubbio d'errore.

Nel caso da me riferito non vennero praticate ricerche nei vasi. Comunque sia ho voluto trarre partito di essa, per ricordare i singolari reperti di Ruge e per invitare gli ostetrici in questa nuova via di ricerche, nelle autopsie dei bambini venuti alla luce in modo laborioso vuoi spontaneamente, vuoi coll'opera dell'arte.

17 febbraio 1880.

DI UNA SINGOLARE LESIONE
riscontrata in un feto estratto col cranioclaste

OSSERVAZIONE DEL

Dott. PAOLO NEGRI

2° Assistente nella R. Scuola di Ostetricia in Milano

DIRETTA DAL

Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

Col N.° 56 dell'anno 1880 veniva contrassegnata una primipara che l'11 febbraio p. p. domandava asilo in questo Ospizio verso le ore 3 pom.

Ci raccontava che il travaglio s'era iniziato il lunedì 9 febbraio verso le 3 pom., i dolori frequenti e le contrazioni valide al principio andarono scemando poi, ma non al punto da permetterle il sonno nella notte successiva; il martedì passò senza che il parto accennasse al compimento; la levatrice soprachiamata praticava la rottura artificiale delle membrane; la donna ci disse che abbondanti colarono le acque di un colore giallognolo chiaro. Il mercoledì infine visto che il travaglio era da tempo sì lungo infruttuoso fu chiamato l'egregio Dott. Francesco Agudio, medico ostetrico, che riconosciuto lo stato delle cose, stante l'estrema miseria in cui versava la donna la inviò senz'altro all'Ospizio.

È una giovane di anni 21, nessun precedente morboso nè per sè, nè da parte de' genitori, nè di due fratelli ed una sorella che tutti vivono e son sani. Fu mestruata la prima volta a 15 anni e la mestruazione decorse affatto normale e per l'epoca e per

la quantità del sangue perduto, nè rilevanti furono i disturbi che l'accompagnavano. Nessun dato anamnestico che anche lontanamente ricordi la rachitide poichè assicura che già ad un anno di età camminava da sola.

L'ultima mestruazione incominciò il 3 maggio 1879; in quarta giornata, che per consuetudine era anche l'ultima, ebbe luogo l'unico ed incompleto abbracciamento; incompleto perchè la donna assicura che l'organo maschile non sfiorò che gli organi genitali esterni. Col coito cessazione immediata della mestruazione, un mese più tardi lieve nausea mai però seguita da vomito: al 4° mese la giovine avverte i moti attivi fetali; il continuo accrescimento del volume del ventre, la sospensione de' mestrui, l'ingrossamento delle mammelle fanno sospettare alla paziente una gravidanza che vien diagnosticata qualche mese dopo da una levatrice da lei consultata.

Un esame dettagliato ci mostra una donna ben nutrita con tessuto adiposo piuttosto abbondantemente sviluppato; simmetriche le linee della faccia, non protuberanti le bozze parietali e le frontali, non accentuati i zigomi, nè acuta nè molto sporgente all'avanti la mandibola. Denti della mascella superiore regolari, piantati sopra una linea che passa al davanti di quella corrispondente ai denti della mandibola. Non presentano i denti le caratteristiche striature longitudinali che si osservano sì frequentemente ne' rachitici. Arti superiori e tronco ben conformati; colonna vertebrale diritta, esagerata alquanto la curvatura sacrolombare — gli arti inferiori pure diritti senza le speciali note rachitiche delle curve femoro-tibiali e l'ingrossamento dei capi articolari.

L'esame dell'addome ci mostra: utero sviluppato prevalentemente nel senso longitudinale il cui fondo arriva alla zona superiore sopra-ombellicale — è lievemente obliquo a sinistra. La palpazione riscontra una grossa parte fetale in basso, co' caratteri della testa, parti piccole in alto verso sinistra. L'ascoltazione

lascia distinguere il soffio uterino nel quadrante inferiore sinistro, il battito cardiaco è distinto in ambedue i quadranti inferiori, ma più sulla linea mediana — è regolare — e segna 140 per m'.

La pelvimetria esterna praticata col pelvimetro di Baudeloque dà: distanza fra le spine cent. 21, fra le creste 22; C. esterna 17. Diametri obliqui 25 — Bitrocanterico 30.5. — La circonferenza pelvica misura cent. 76. Abbiamo già notato che il pannicolo adiposo è abbastanza sviluppato, dobbiamo inoltre aggiungere che la palpazione mostra le ossa iliache alquanto spesse. Il riscontro ci dà il seguente reperto: normali le grandi e piccole labbra — avanzi dell'imene, ostio vaginale rigido — pure rigido il perineo come pure la vagina — collo uterino affatto scomparso, dilatazione dell'orificio di circa 5 centimetri; membrane rotte; acque colate quasi in totalità; il dito tocca la parte presentata che è la testa in posizione DT, diagnosi però un po' incerta stante la presenza di un esteso tumore di parto che oscura alquanto la ricerca dei noti punti di riscontro. Il dito arriva non difficilmente sul promontorio, e con facilità il dito può toccare l'intera circonferenza pelvica.

L'utero durante questo esame si manteneva nella calma; la donna non accusava dolori: solo mostravasi stanca del già lungo (48 ore) e fino allora infruttuoso travaglio.

Il risultato del nostro esame ci mostrava adunque una donna al termine della prima gravidanza, in travaglio di parto da circa 48 ore, con una pelvi che mostravasi universalmente ristretta ma irregolarmente e la cui coniugata vera poteva calcolarsi da 78 ad 80 millimetri. S'aggiungeva a tutto ciò che l'utero stanco del lungo lavoro si trovava in uno stato di inerzia.

E fu contro questa che si volse dapprima la terapia. Ben ricordando che *tutto ciò che altera il rapporto fra contenente e contenuto è un buon mezzo per ridestare un utero inerte,* si introduce nel cavo uterino una candeletta elastica, mezzo questo che corrisponde praticamente bene, quando però si abbiano tutti quei

riguardi e quelle cautele che si debbono avere per tutto ciò che vien portato nel cavo uterino. Ed anche in questo caso pareva che il mezzo servisse, poichè non erano passati che pochi minuti e già una serie di contrazioni uterine s'era venuta producendo; però mezz'ora dopo la calma era ritornata. Non domandando lo stato della donna un pronto intervento, nè reclamandolo quello del feto si rimase spettatori tranquilli. Due ore circa dopo il battito fetale si fa oltremodo frequente e raggiunge le 162-168 pulsazioni al m.: è di molto indebolito e di quando in quando odesi irregolarmente intermittente; l'esplorazione riscontra le cose come al momento dell' accettazione, tolto forse un lieve aumento nella dilatazione, vi ha però in più che il dito ne esce sporco per meconio non già prosciolto ma a piccoli fiocchi.

Reclamandolo la salute del feto, non controindicandolo in modo assoluto la dilatazione dell'orificio uterino che si potea considerare di 6 cent. si tenta una applicazione di forcipe; si presceglie il forcipe Naegele date le peculiari circostanze. L' introduzione è resa alquanto difficile dalla piccolezza nell' ostio vaginale e dal poco spazio che c' è ai lati del bacino: si praticano alcune trazioni sull'asse dello stretto superiore ma la testa non si muove; un'attenta esplorazione mostra che il forcipe ha tendenza a scivolare all'avanti e ad esercitare una non indifferente pressione sulla sinfisi pubica: si toglie l'istrumento e si applica due altre volte di seguito, ma la testa non discende. Perdurando la vita del feto si tenta un'applicazione del forcipe Pajot sperando con questo, atteso il maggior braccio di leva, di poter riescire nell' intento; si fanno trazioni considerevoli, ma la testa per nulla discende. Si toglie l' istrumento. Durante questi tentativi sono trascorsi circa venti minuti, ed in questo frattempo la vita del feto, già minacciata dapprima, se n'è andata: l'ascoltazione ripetuta lascia sentire dapprima qualche rara pulsazione, più tardi nulla.

La nuova via da prendersi era così resa più facile e fu tosto

attuata. — Con un trapano Braun media grandezza fu perforata la volta, con una pinza fu spappolata la sostanza cerebrale e si applicò poi il cranioclaste Braun (fabbrica Leiter di Vienna). La branca esterna fu collocata in corrispondenza della destra metà del bacino là ove lo spazio era alquanto maggiore; articolate le due branche si mise in moto la vite girando lentamente onde permettere all'istromento di fare una presa buona e là ove meglio poteva. Caute, prolungate e sostenute trazioni furono fatte nell'asse dello stretto superiore e dopo un certo tempo la esplorazione potè constatare che la parte discendeva; raggiunto il piano perineale, non ostante che la testa presentasse demolita ed allungata la volta, l'orifizio vulvare essendo oltremodo stretto onde evitare guasti maggiori furono praticate due incisioni laterali sul margine vulvare.

Fuoriuscito il capo il tronco oppone considerevole resistenza ed è solo dopo trazioni sostenute che anch'esso si disimpegna.

Il secondamento avviene qualche minuto dopo aiutato da pressioni esercitate sul fondo dell' utero; questo si mantiene inerte e solo sotto continue fregagioni praticate sul globo uterino e sotto l'uso della segale cornuta si contrae in modo da lasciarci sicuri sulla possibilità di una emorragia.

Il feto è di sesso femminile ed è a termine. — Pesa grm. 3100 senza cervello ed è lungo 48 cent. e mezzo.

Le conseguenze di tale serie di atti operativi furono delle più innocenti; tolta una febbre che toccava a sera il 39° per lasciar luogo all'apiressia al mattino susseguente e che si ripetè per tre dì di seguito non preceduta però nè accompagnata da brivido di freddo, e tolto un certo grado di fetore della lochiazione dovuto alla eliminazione dei tessuti che furono inevitabilmente contusi nell'estrazione del capo, null' altro s' ebbe di spiacevole a notare e la donna abbandonava la Clinica in perfetta salute il 25 febbraio. Prima dell'uscita, nuovamente esplorata, potemmo ricono-

scere che dovea esser avvenuta una lacerazione della mucosa vaginale all'avanti ed a sinistra, ciò deducendo da una longitudinale e lineare cicatrice che il dito riscontrava.

Tale è la storia di quanto si fece e di quello che è avvenuto. Prima però di deporre la penna credo valga la pena di fare alcune considerazioni intorno ad alcuni fatti importanti, e precisamente: intorno alla durata della gravidanza, intorno all' impiego del cranioclaste Braun e finalmente su di una oltremodo rara lesione riscontrata all'autopsia del feto estratto.

Non è frequente il poter determinare con tutta esattezza la durata della gravidanza, massime poi quando tali ricerche si vogliano fare sulle clienti degli Ospizi, donne che in generale non si curano di quello che loro avviene e tanto meno poi sanno precisare delle epoche. E così che talvolta e solo con molto stento si viene a sapere il mese in cui avvenne l' ultima mestruazione, ma spesso nulla più in là. Nel nostro caso invece non solo potemmo stabilire con matematica esattezza l'epoca dell'ultima mestruazione, ma eziandio stabilire il giorno e l' ora dell'unico atto di coito che dovette per conseguenza essere anche quello fecondante. Che la donna asserisse il vero noi lo potevamo credere, anche considerando lo stato in cui si trovavano gli organi genitali esterni e la vagina, chè, come si disse, mostravansi piccoli, poco distesi e rigidi.

Adunque nella ricoverata in discorso il coito fecondante, in 4ª giornata di mestruazione, avvenne il 6 maggio 1879; il parto si iniziò il 9 febbraio 1880; tra queste due epoche decorrono giorni 278, durata precisa della gravidanza.

Hecker (1) volendo studiare in modo preciso la durata della gravidanza cercò appunto una serie di donne in cui fosse possibile

---

(1) James Y Simpson. *Clinique obstétricale.* Paris, Baillière, 1874, pag. 77.

stabilire l'epoca della fecondazione. In 2000 donne ne trovò 109 che si presentavano nelle condizioni opportune. Su queste la gravidanza si compiè nelle epoche seguenti: 0,92 0/0 nella 36ª settimana, 4,60 0/0 nella 37ª, 14,72 0/0 nella 38ª, 35,88 0/0 nella 39ª, il 23 0/0 nella 40ª, il 12,80 nella 41ª, il 5,52 0/0 nella 42ª, il 0,92 0/0 nella 43ª, 44ª e 45ª. La massima parte dei parti accade adunque nella 39ª settimana, vale a dire dal 267° giorno al 273°.

Da ciò l'Hecker conclude coll'ammettere come *durata tipica* della gravidanza un periodo di giorni 272; da' suoi calcoli la durata *media*, ossia la media di un numero considerevole di osservazioni del tempo corso fra la fecondazione ed il parto sarebbe di giorni 272,69. E prima di terminare sulla durata della gravidanza diremo che Simpson ammette il termine della gravidanza fra il 274° ed il 280° giorno, Veit fra il 276° e 293°, Depaul fra i 265-270 giorni, ossia il Depaul ammette una durata più breve, e non accetta le considerevoli variazioni riconosciute dagli autori ostetrici tedeschi ed inglesi.

Riguardo al modo di intervento era doveroso in questo caso di fare prima qualche cauto tentativo di liberazione incruenta pel feto, tanto considerando il grado di pelvica viziatura, come trovandosi di fronte al feto che ancora offriva manifesti segni di vita. Ecco perchè il forcipe fu ripetutamente tentato sempre però con quella parsimonia che fa evitare le rotture delle sinfisi, ed il pestamento dei tessuti materni. Riuscito vano il tentativo col forcipe anche se il feto avesse dato ancora segni di vita, volendo prontamente liberare la donna, era necessario in tal caso di passare ad una operazione embriotomica, atto operativo che dovea necessariamente cominciare dalla craniotomia; nel caso in discorso la cessazione del doppio battito cardiaco autorizzava anche il più titubante degli ostetrici a passare senz'altro alla craniotomia. E questa fu ottenuta col trapano Braun di media grandezza, introdotto sulla guida della mano destra, perforando la

volta verso il centro del segmento che si presentava. L'esperienza dimostrò che dopo la perforazione è buona pratica spappolare e svuotare la teca cranica della materia cerebrale servendosi a tal uopo di una pinza e successivamente di un getto di acqua fornito da un forte irrigatore; in questo caso l'ultima pratica fu ommessa.

Passando poi all'applicazione del cranioclaste si disse che la branca fenestrata fu portata in corrispondenza della destra metà del bacino: or bene, siccome la posizione della testa era stata riconosciuta per una DT, applicando l'istromento colle norme dell'A. (Braun) si avrebbe dovuto portarla invece a sinistra e precisamente in corrispondenza del fronte, poichè è noto che il cranioclaste agisce deflettendo la testa e cambiando la presentazione del vertice in una di faccia, diminuita di tutta la volta. Tale meccanismo proprio eziandio all'uso dell'uncino acuto poteva essere da noi trascurato per il semplice fatto che il vizio del bacino non era molto accentuato; è per questo che noi portammo il cranioclaste sopra uno dei parietali servendosi dello stesso quasi di semplice tirateste. L'esame del feto ci mostra il tumore di parto sul parietale sinistro: è su quest'osso che fece presa il cranioclase producendo fratture molteplici di quest'osso e della squama dell'occipitale; sull'altro parietale, il destro, quello che venne a corrispondere al promontorio notasi una profonda depressione a cucchiaio con frattura che decorre secondo la diagonale che unisce gli angoli inferiore-anteriore e posteriore superiore del parietale stesso. Il foro della craniotomia è caduto sulla sutura sagittale circa un centimetro all'avanti della fontanella triangolare.

La base craniana è perfettamente integra.

Da queste lesioni si poteva fare una diagnosi postuma del vizio pelvico, si poteva cioè dedurre che il bacino era ridotto in tutti i sensi, massime nell'antero posteriore, ma modicamente: la testa infatti formava un lunghissimo cono coll'apice al punto della volta perforata dal trapano, con due profonde depressioni formate sul

parietale anteriore dall'istromento, sul posteriore dal promontorio che avea fratturato ed introflesso il parietale stesso.

Il diametro Bimastoideo misurava mill. 60.

La ricerca necroscopica sul feto ci mostrò poi poca schiuma tinta in verdastro nell'esofago e nella trachea, piccole ecchimosi sotto-timiche e sotto-pleuriche; completa atelettasia polmonare; i segni infatti propri della asfissia intra-uterina.

Ma ove noi restammo sorpresi si fu nell' esame dell' addome: aperto questo si riscontra ovunque nel cavo peritoneale tanto fra i vari visceri che fra le anse intestinali, sangue nerastro in parte prosciolto, in parte tendente a formare piccoli grumi; quale era la sorgente di tale spandimento sanguigno intra-peritoneale? Alla faccia anteriore del fegato si riscontra una profonda lacerazione del parenchima epatico, rottura che partendo dall'estremità anteriore del solco in cui viene ad immettersi la vena ombellicale si porta per il tratto circa di 2 cent. obliquamente in alto ed a destra, terminando con un solco profondo in cui sta nicchiata la vena ombellicale stessa; nessuna lesione agli altri visceri; nessuna lesione al cordone ombellicale nè alla apertura ombellicale.

Il fegato si presenta come sempre ne' bambini, piuttosto voluminoso; la consistenza del parenchima è affatto normale, ed all' infuori delle macchie giallognole qua e là sparse e proprie all' età null' altro si riscontra: tali punti più chiari, come si sa, corrispondono a punti di infiltrazione adiposa delle cellule epatiche.

Ecco adunque una lesione importantissima, la lacerazione del parenchima epatico dovuta in modo indubbio a stiramenti fatti sul funicolo.

E per quanto noi cercassimo di pensare a tutti i momenti dell'atto operativo e massime all' estrazione del tronco del feto non ci venne fatto di renderci ragione del come tale stiramento potesse essere avvenuto, nè da ricerche fatte risulta che tali trazioni fos-

sero fatte da una delle levatrici o da qualche inserviente alle quali fu consegnato il cadaverino.

E qui lascio libero ad ognuno di pensare in quanti modi può essere avvenuto tale stiramento; quello che è certo si è che avvenne dal basso all'alto e da sinistra a destra poichè tale era la direzione del solco indubitabilmente fatto dalla vena ombellicale.

Ricerche ne' numerosi trattati di ostetricia, e nei non meno importanti trattati di medicina legale riuscirono affatto a vuoto; in nessuno havvi accennata la possibilità di una tale lesione: nè la lunga pratica di distinti ostetrici, quali l'egregio mio maestro il Prof. Chiara, ed il Prof. Tibone, permise agli stessi di mai imbattersi in qualche cosa di simile.

Restava ancora l'esperimento: in due prove fatte su feti a termine morti in travaglio, praticando le trazioni in alto ed a destra, come deve essere avvenuto nel nostro caso, l'unico risultato si fu lo strappo del funicolo in prossimità al bellico, cosa già ripetutamente fatta e dimostrata da molti.

Ma altro è tentare ciò in un feto ancor vivo o appena morto, altro su feti già morti da circa 20 ore, nei quali per il fatto della rigidità cadaverica e per l'azione del freddo (stagione invernale) le condizioni in cui avveniva l'esperimento doveano essere ben differenti da quelle in cui si trova un feto vivente o morto da poco.

Resta intanto certo che la lacerazione del fegato è possibile per tirate fatte sul funicolo; di qui una serie di corollari per l'ostetrico pratico, per il medico legale. Io spero che la pubblicazione del caso invogli qualcuno dei tanti cultori di queste due importanti branche a fare delle ricerche in proposito, ben pago di poter essere stato di sprone allo studio di un fatto che potrebbe avere conseguenze inaspettate.

Marzo, 1880.

Letteratura italiana

Peruzzi Dott. Domenico. — Mioma levicellulare dell'ovaja sinistra — Ovariotomia con guarigione — Proposta di un ago smusso portafilo per la legatura del peduncolo ovarico (con tavola). — (*Raccoglitore medico,* Serie IV, vol. 12.° N. 17 e 18).

Donna di 38 anni — L'A. e distinti colleghi dopo ripetuti ed attenti esami s'erano accordati sulla diagnosi di milza migrante, per il fatto che la donna avea ripetutamente sofferto di febbri a tipo, per la non ordinaria sonorità alla regione lienale, per l'insensibile ingrandimento del tumore, per la forma del tumore stesso quasi di grosso fagiuolo con marcata incisura a foggia di ilo nel margine superiore leggermente concavo, per la grande mobilita del tumore stesso, per il nessun apparente legame coll'utero, per i disturbi generali e la generale denutrizione proprie alle affette di cistovarico. Ammesso anche il dubbio sulla natura del tumore (se splenico od ovarico) l'A. decise in ogni modo di operare, viste le gravi condizioni generali.

L'operazione fu eseguita il 26 maggio 1879. L'incisione praticata era lunga 16 cent.; estratto il tumore si riconobbe trattarsi di tumore ovarico. Doppia legatura del peduncolo coll'ago di Pean dapprima, con quello di Startin poi, ma sempre s'avea stillicidio sanguigno al disotto del laccio, che cessò solo con un laccio circolare posto al disotto della praticata legatura.

Il moncone fu abbandonato nel cavo addominale. Il tumore del peso di grammi 800, fu riconosciuto per un mioma levicellulare (leiomioma) appartenente all'ovaja sinistra.

Medicazione antisettica. Guarigione dopo parecchi mesi di degenza.

Alla narrazione della storia fa tener dietro il chiarissimo A. la proposta di un ago smusso portafilo per la legatura del peduncolo collo

scopo di impedire la emorragia dal tramite della ferita prodotta dagli aghi del Pean e dello Startin, nel traforarlo, per l'installazione del filo. La pratica applicazione mostrò all'A. stesso l'utilità di detto ago.

Dott. Peruzzi. — Cisti ovarica uniloculare Endogena-Ovariotomia.

Donna di 28 anni. Il chiarissimo A. riconobbe l'esistenza di ciste ovarica uniloculare sinistra associata a gravidanza. Durante la gravidanza fu punta 2 volte, la prima anche a scopo diagnostico, la seconda per togliere i disturbi arrecati dalla grave distensione addominale. Il 26 agosto si sgravò di un feto a termine, ed il 30 ottobre l'A. praticava l'ovariotomia. Incisione lunga 18 cent.: punta la ciste ne colarono 9,600 grammi di liquido colloide color cioccolatte. Legatura perduta del peduncolo. 9 punti di sutura nodosa alla ferita addominale. Medicazione antisettica. In 6.ª giornata si manifesta pleurite sinistra sierosa. Guarita dell'ovariotomia, passa in un riparto medico per la non ancora risolta pleurite.

Dott. Peruzzi. — Storia di due Ovariotomie colla guarigione la prima, colla morte la seconda. — (*Raccoglitore medico*, Serie IV, vol. 13.° N. 1.

1. Enorme ciste moltiloculare dell'ovaja destra — Donna di 19 anni. L'operazione fu praticata il 14 giugno 1879. Incisione di 12 cent. Il peduncolo molto grosso, lungo due dita trasverse fu segmentato in quattro porzioni e trattato con legature perdute con filo di seta fenicato. Fu usato l'ago smusso portafilo con esito completo; la ferita addominale chiusa con 9 punti di sutura nodosa alla Spencer Wells. Medicazione antisettica. In trenta giornate l'operata abbandona l'Ospitale.

2. Enorme mioma levicellulare cavo dell'ovaja sinistra — Donna di 45 anni, nubile. Tumore datante da 5 anni. A scopo diagnostico fu praticata una puntura col trequarti aspiratore di Potin; colarono tre litri di un liquido giallognolo appiccaticcio. Al 3.° giorno segni di peritonite, onde l'A. incoraggiato anche da altri due casi operati in condizioni analoghe, si decise per la pronta operazione che praticò il 14 luglio. Estrazione della cisti molto laboriosa stante il volume e la

grossezza delle pareti; il peduncolo proveniva dal corno sinistro dell'utero; una porzione della ciste era sprovvista di peritoneo ed era in immediato rapporto colla fossa iliaca sinistra. Il grosso peduncolo segmentato in molte porzioni fu lasciato libero nel cavo peritoneale.

Alla ferita addominale si riparò con 12 punti di sutura nodosa. Il peso totale del tumore era di Chil. 12,920 ed apparve al microscopio un mioma levicellulare.

La donna muore in terza giornata per peritonite.

Romiti. — Della Ipoplasia vasale nella donna in rapporto colla clorosi. — (Estratto dall'*Imparziale*).

Ricordato il rapporto esistente sì nel maschio che nella femmina tra lo sviluppo del cuore, dell'aorta e degli organi genitali già notato da Morgagni, soggiunge che il rapporto fra abnormi conformazioni di questi visceri nella donna e la esistenza della clorosi, è cosa posta in chiaro nel nuovo e più recente periodo dell'anatomia patologica. Di fronte all'opinione di Rokitansky che la congenita piccolezza del cuore o dei vasi fosse sempre congiunta nella femmina a piccolezza dell'apparato genitale, il Virchow nel 1872 in una lettura alla Società Ostetrica di Berlino dimostrò doversi piuttosto ammettere regolare rapporto tra la piccolezza dei grossi vasi e la clorosi. Per il Virchow i casi di clorosi nei quali esiste sempre il mancato sviluppo dell'apparato vasale poteano raggrupparsi nelle tre categorie: 1.° clorosi senza spiccate e grandi anomalie nell'apparato sessuale; 2.° ipoplasia vascolare innata con piccolezza dell'apparato sessuale; 3.° grande ed anco eccessivo sviluppo dell'apparato sessuale con piccolezza delle parti centrali dello apparato circolatorio.

Il Fränkel nel 1875 dopo studi sull'argomento concludeva: 1.° la clorosi ed il mancato sviluppo dei genitali sono spesso, ma non necessariamente, combinati con mancato sviluppo del cuore e dell'aorta; 2.° l'influenza che spiega l'apparato sessuale nel corpo, può ancora determinare la quantità della formazione del sangue, cioè l'aplasia sessuale può essere di per sè il *primum movens* della clorosi; 3.° quelle clorosi non congiunte con ipoplasia vasale sono durabilmente guaribili; 4.° la forma così detta menorragica delle clorosi, appare tanto nel mancato come nell'eccessivo sviluppo dei genitali.

Da osservazioni anatomiche e cliniche proprie l'A. venne alle seguenti conclusioni:

1.° Vi ha certamente la relazione, affermata dal Virchow, tra la ipoplasia vasale e la clorosi; 2.° Oltre l'ipoplasia vasale, può coesistere, nelle clorosi, anco l'ipoplasia sessuale; tra queste due ipoplasie però, la vasale è la più frequente, tanto che io non mi periterei asserire questa debba essere la regola, poichè nelle sezioni di clorotiche l'ho sempre riscontrata, laddove la sessuale può mancare. Ed anzi ci insegna la clinica, come talvolta si congiunga alla clorosi abbondanza di catameni; 3.° Esistendo insieme ipoplasia vasale e sessuale si può ritenere quella cagione di questa per la minore irrigazione sanguigna.

Calderini — 2° Rendiconto del R. Istituto Ostetrico annesso all'Ospizio di Maternità nell'Università di Parma — Biennio 1875-76 e 1876-77 — Torino, Camillo e Bertolera, 1879.

Di questo particolareggiato rendiconto redatto con tanto ordine e chiarezza dall'egregio Professore, noi riporteremo solo i dati statistici come quelli che possono maggiormente interessare i nostri lettori.

Nel biennio furono accolte 193 gravide — si completarono parti N. 184 — di questi 97 furono regolari (in 58 primipare e 39 pluripare) e 113 furono irregolari.

I parti artificiali furono 8, cioè 6 nell'anno 1875-76, e 2 nel 1876-77; Il numero dei parti artificiali sul totale dei parti costituisce il 4.39 per cento.

L'intervento fu domandato:

Per difetti dl bacino	4
Per difetto nelle contrazioni	2
Idramnios e feto voluminoso	1
Situazione trasversale	1

e le operazioni furono:

La *versione podalica con mezzi esterni* riuscì 2 volte nella donna medesima negli ultimi tempi della gravidanza.

Il *rivolgimento* si eseguì 3 volte (1 per bacino piatto seguito da craniotomia — 1 per situazione obliqua del feto e bacino rachitico piatto, 1 per presentazione di spalla).

Il *forcipe retto* fu applicato 2 volte (1 per feto voluminoso allo stretto inferiore, idramnios, lentezza del travaglio — 1 allo stretto inferiore per lunghezza del 2° periodo.

Il *forcipe curvo* fu applicato tre volte (1 nello scavo per inerzia, 1 allo stretto superiore in bacino rachitico, 1 nello scavo per minacciante asfissia del feto, bacino piatto).

La *craniotomia* fu praticata una volta sulla testa posteriore al tronco dopo il rivolgimento.

La *liberazione artificiale* una volta per aderenze anormali — la placenta era inserita sul fondo a sinistra.

La *spremitura* per ottenere il secondamento si fece con vantaggio 5 volte.

Il numero delle morti sulla totalità dei puerperi fu nella proporzione del 6,04 0/0.

Gio. Nicolò Simula. — Storia di una cistovariotomia seguita da guarigione — Sassari, Tipografia Dessi, Dicembre 1879.

Domestica di 36 anni. Cistovario destro della grandezza di una grossa testa di adulto, contenente tre litri circa di liquido torbido di un colore rosso bruno, di aspetto filante. Mancanza di aderenze. Il peduncolo viene abbandonato trattenendo all'angolo inferiore della ferita i capi del laccio che servì alla legatura. La paziente abbandonò il letto in ventiquattro giornate. Medicazione antisettica.

È questa la prima ovariotomia praticata in Sardegna.

Dott. Paolo Negri.

Letteratura francese

Mattei. — Du palper abdominal et de la version cephalique du foetus operée par manovres externes, Paris, 1879 (Parte storica).

Il Mattei ha diviso il suo lavoro in due parti: 1° parte storica, 2° parte teorica e pratica. La parte storica è stata divisa in otto periodi.

1° *periodo* o empirico in cui dichiara che, voler cercare a cui tocca in modo assoluto la priorità della palpazione addominale e la versione per manovre esterne, si è un correre dietro ad un fantasma che tanto più si allontana quanto più si crede di averlo raggiunto. Se Adamo ed Eva hanno esistito, quando questa ha sentito per la prima volta i moti attivi del feto, deve sicuramente aver applicato la sua mano sull'addome, ed invitato Adamo a far altrettanto per fargli percepire il fatto nuovo che in lei accadeva.

Vale a dire la palpazione empirica, istintiva, è vecchia quanto la ntelligenza nmana.

Lo stesso si deve dire in proposito della versione per manovre esterne. Sicuramente le più antiche matrone devono aver osservato come il parto per la testa sia più facile di quello per le altre presentazioni, ed avranno sicuramente cercato anche di riporre un membro procidente, se la testa era vicina alla bocca uterina, o di trarne su questo arto medesimo per estrarre il feto, se la manovra prima tentata non era riuscita. L'uso di una mano introdotta nelle parti genitali per compiere questa manualità implica pressochè necessariamente l'applicazione dell'altra mano all'esterno, sulle pareti addominali, per renderle più facili. Ecco nascere in tal modo i primi abbozzi delle due versioni per manovre esterne l'una, ed interne l'altra.

In Russia da antichissimo tempo nei parti difficili si cercava di modificare la presentazione con manovre esterne brutali e pericolose (fino a dare calci in corrispondenza della regione lombare della donna

nella speranza di ottenere tale scopo!!!) ed al Giappone una specie di massaggio sull'addome era in uso per giungere al medesimo intento.

Ma invano si cercherebbero in questo primo periodo della storia dell'argomento svolto del libro del Mattei regole fisse basate su principii scientifici; tutto è ispirazione individuale, caso, ecc.

2° *periodo* o *Ippocratico.* — Nei libri Ippocratici che contengono le osservazioni di una lunga schiera di medici, dei quali Ippocrate fu il più illustre, si trovano esposti principii, norme, regole, precetti interessanti per il nostro soggetto. Durante questo periodo dominava la credenza che la presentazione della testa fosse la sola naturale quantunque il paragone del feto racchiuso nell'utero con un'oliva in una bottiglia, lasci a tutta prima credere che per Ippocrate fosse possibile il parto non solo nella presentazione del polo cefalico ma anche in quelle del polo podalico. Donde il precetto di ottenere la presentazione cefalica in tutti i casi in cui spontaneamente non si aveva, sia con manovre interne, sia colla *succussione*, come ad esempio venne fatto colla moglie di Simus, che essendo stata scossa durante il parto ne conseguirono dolori al torace e la morte qualche mese dopo.

3° *periodo o Celsiano.* — Quantunque dominanti ancora le idee di Ippocrate sulle presentazioni, si è, durante questo periodo, meno assoluti sui pericoli del parto podalico essendo stati visti degli esempi (quello di Agrippa fra gli altri - *ab aegro partu* -) in cui i bambini vennero viventi. Si deve questo progresso a Celso benemerito della Ostetricia anche per aver introdotto il rivolgimento pelvico per manovre interne, che, per non essersi del tutto svincolato dai precetti che correvano allora, raccomanda solo sul feto morto.

I nomi di Galeno, Aezio, Moschion, Filomeno, Paolo d'Egina figurano pure in questo periodo; l'ostetricia però era in decadenza e si vede non solo non progredire, ma dimenticare perfino la manuale operazione di Celso.

4° *periodo o di decadenza.* — In questo periodo incontriamo Albucasis, l'Abate di Montecassino, la Scuola di Salerno, che sotto il nome di Trotula dà il primo libro della media età che si occupa di ostetricia, Guido di Cauliaco ecc. Però questo periodo corrisponde alla vera decadenza della medicina in genere e di necessaria conseguenza anche dell'ostetricia; si seguono le idee ippocratiche e la versione cefalica, la sola raccomandata, è anche peggio di prima ese-

guita perchè l'arte di assistere i parti era completamente diventata privilegio delle donne.

5° *periodo o del rinascimento.* — Questo periodo corrisponde anche al rinascimento delle lettere e delle arti. Si comincia a discutere su qualche manovra esterna per ottenere la versione, senza però arrestarsi a lungo. Si eseguisce la versione cefalica secondo le idee di Ippocrate. Viene ripristinato nella pratica il rivolgimento podalico di Celso, esteso però anche al feto vivo, da quell'astro chirurgico che fu Ambrogio Pareo. In questo periodo si incontra la prima divisione netta della medicina in medicina interna ed in chirurgia. Francia, Italia, Germania, Inghilterra, ecc. concorrono assieme al progresso dell'ostetricia, e difatti troviamo i nomi di Rodhion, Rueff, Bartolini, Pareo, Luigia Bourgeois, Guillemeau, Mariceau, Portal, Viardel, Peu, Amand, Dionis, Delamotte, Puzos, Scipione Mercurio di Roma, Fabrizio di Acquapendente, Sebastiano Melli, Frederic a Castro in Spagna, Arveo, Giffard, Chamberlen, Frielin-Ould ecc. in Inghilterra.

6° *periodo.* — Goutelly in un' opera, che si potrebbe chiamare di medicina ostetrica, pubblicata nel 1785 a Parigi, riferisce in modo dettagliato e preciso un tentativo di versione cefalica per manovre esterne in un caso di presentazione podalica. Wigand di Amburgo dà alla versione per manovre esterne una più grande estensione scrivendo una pregiatissima memoria in proposito. Stein sviluppa il diagnostico delle presentazioni mediante la palpazione; a Strasburgo, dove Flamant aveva di già insegnato le sue idee sulla versione cefalica, lo Stolz ne continua le tradizioni, senza soffermarsi molto, al dire del nostro autore, sulla palpazione. A Parigi la palpazione e la versione per manovre esterne sono ancor più in ritardo; solo Velpeau cita Wigand nel suo libro così ricco dal punto di vista erudizione, mentre Lachapelle, Moreau, Gardien non ne fanno cenno; Desormeaux e Paul Dubois toccano di volo la palpazione esterna; Jacquemier si arresta poco sulla palpazione e sulla versione per manovre esterne, Cazeaux è un po' più esteso. Il Mattei riassume lo stato della scienza sulla palpazione e sulla versione per manovre esterne fino alla metà del nostro secolo col dire che anticamente si cercò di ottenere la presentazione cefalica all' ingresso del bacino colla succussione, con manovre interne, e più raramente con manovre esterne; che dopo l'ultimo secolo fino alla metà del presente si cercò di aiutare la diagnosi delle presentazioni fatte coll'esplorazione e coll'ascoltazione anche mediante la palpazione; che la versione cefalica, da prima in grande

onore, venne a poco a poco abbandonata fino a Wigand e suoi seguaci che con manovre esterne cercarono di ottenere ora la versione podalica, ora la cefalica. Però queste manovre vennero impiegate solo durante il travaglio. Conchiude infine col dire che l'idea di ricondurre tutte le presentazioni del feto a quella del vertice, idea antica come Ippocrate, non fu seriamente realizzata che dopo i suoi lavori.

Nel settimo periodo il Mattei cerca di dimostrare che, senza pretendere di essere stato il primo a palpare il ventre delle gravide, e neppure di essere stato il primo a cercare di modificare le presentazioni del feto mediante manovre esterne, egli ha realizzato con questi due mezzi un piano generale di terapeutica ostetrica, cioè il parto fisiologico, ottenuto con manovre artificiali. Egli (è sempre l'A. che parla) ha generalizzato la palpazione, basata su principii scientifici, le ha dato un valore ed una precisione tale da metterla al disopra dell'esplorazione e dell'ascoltazione dal punto di vista diagnostico durante la gravidanza; ha cercato di far rivivere le idee ippocratiche sulle presentazioni, dichiarando quella di vertice la sola fisiologica, ed ha insegnato il modo di ottenerla con manovre esterne durante la gravidanza o nel sopraparto colla pubblicazione del suo *Essai sur l'ac couchement phisiologique* nel 1855.

8° *ed ultimo periodo.* — Se era difficile riassumere quanto l'A. ha esposto nel 7° periodo, la cosa diventa ancora più difficile per quest'ultimo. Così io mi servirò pressochè esclusivamente delle parole stesse del Mattei senza entrare in dettagli e senza discendere a considerazioni personali che sarebbero fuori della sfera delle attribuzioni di un rivistatore. L'effetto che produssero le idee emesse nell'*Essai sur l'accouchement phisiologique* in Francia ed a Parigi fu oltremodo variato; incontrò questo libro poco o nessun favore presso la Scuola Ostetrica di Parigi, molto favore presso la stampa locale e presso quella di Montpellier; la Scuola di Strasburgo pur felicitando l'A. della sua opera rivendicò arditamente la priorità delle idee emesse sulla palpazione e sulla versione per manovre esterne a Wigand, facendone anche tradurre la memoria di cui parlammo nel 6° periodo.

Nel Belgio, in Germania il libro *Essai sur l'accouchement physiologique* ebbe pure grande successo, ma dal seno di queste due nazioni si elevavano pure delle voci in favore di diritti di priorità di ostetrici nazionali. L'Italia lo accolse con entusiasmo e l'Inghilterra se ne fece l'interprete. Cosa curiosa però non è l'insieme delle idee

esposte dall'A. quello che piacque maggiormente. La Scuola di Strasburgo colla ristampa della memoria di Wigand attirò specialmente l'attenzione sulla versione per manovre esterne, e la palpazione addominale dal punto di vista diagnostico rimase in seconda linea.

Mentre succedeva questo movimento scientifico intorno a tale argomento la Scuola Ostetrica di Parigi si tenne in un silenzio poco giustificato e diventò veramente ostile al Mattei col cercare di chiudergli tutte le porte ufficiali dell'insegnamento e delle Cliniche. Solo un dieci anni fa si cominciò a parlare e vagamente da qualcuno della scuola, della palpazione e della versione per manovre esterne, e solo dopo quattro e più lustri dalla pubblicazione dell'*Essai sur l'accouchement physiologique* questi due argomenti furono discussi dal Pinard allievo della Scuola Ostetrica parigina nel suo *Trattato du palper abdominal e sur la version par manovres externes.* A rendere più ufficiale il lavoro, il Pajot vi metteva del proprio una prefazione; però, aggiunge il Mattei, ciò fu fatto in modo da lasciar credere che la Scuola parigina risuscitasse questo argomento col tocco della sua mano.

Noi abbiamo di già con accuratezza fatta l'analisi bibliografica del lavoro del Pinard, insistendo specialmente su qualche punto in cui l'autore francese fu ingiusto verso l'Italia, dimenticando o non facendo ricerche in proposito di quanto si era fatto da noi su tale argomento. È questo il vezzo dei Francesi al quale non sfugge anche il Mattei (1). Il lettore potrà trovare la rivista della memoria del Pinard nel N.° 2° di questi Annali, anno 1879, fascicolo di febbraio.

Il Mattei scrive che indignato del modo di procedere di quelli che, pagati dallo Stato per far progredire la scienza e per bandire le nuove idee utili, avrebbero dovuto sostenerlo invece di fargli la guerra, ora che la Scuola parigina ha rotto il silenzio su questo punto, anch'egli intraprende la pubblicazione del libro « *du palper abdominal* etc. », che io ho cercato di riassumere avendo cura di lasciargli il suo vero carattere che è quello di rivendicazione di diritti di priorità, e talora anche di polemica. Naturalmente in argomenti così delicati, scrivendo una semplice rivista io non devo entrare in apprezzamenti su quanto riguarda le persone. Su quanto riguarda la materia svolta trovai in complesso buono il libro, accurato, fatto da autore diligente e che è

(1) Egli può difendersi dal rimprovero citando il suo giornale *L'obstetrique,* in cui è fatta larga parte a' lavori italiani: ciò non distrugge tuttavia il fatto che nel lavoro di cui qui è parola l'Italia è messa nel dimenticatojo.

padrone della sua penna. Sarà per noi di maggiore piacere il leggere la 2ª parte, che riuscirà certamente più interessante, perchè l'A. abbandonato il campo delle discussioni personali e delle rivendicazioni, ci potrà fornire il risultato della sua lunga esperienza su di un argomento importante da lui posseduto completamente, ed attorno al quale ha lavorato di già molto bene.

Prima di finire ancora una parola. La pubblicazione del Mattei, che ho esaminato, forma parte di un lavoro dal titolo complessivo « *l'Obstetrique telle que je l'ai trouvée et telle que je la laisse* » che certamente dovrà essere assai voluminoso e laborioso se si pensa ai numerosi argomenti, ai quali l'Ostetrico Corso ha portato il suo contributo di lavoro, al tempo lungo da che egli si trova sulla breccia delle ricerche scientifiche, ed ai progressi molteplici e grandi che la scienza in questo intervallo di tempo ha compiuto. Così per parte nostra non possiamo far a meno di incoraggiare il Mattei nel suo proposito e ci auguriamo che le sue promesse non vengano meno, e che la pubblicazione del suo lavoro non sia per essere interrotta come quella del trattato di Dubois e Pajot, o andare troppo per le lunghe come pare incominci a fare quella del trattato di Tarnier e Chantreuil.

Cuzzi.

Letteratura inglese

Papers on the female Perineum by Matthews Duncan. (London, Churchill, New Burlington Street, 1879).

Questo lavoro di 156 pagine sul perineo femminile è dedicato dall'illustre ostetrico a' suoi colleghi dell' Ospedale di S. Bartolomeo di Londra, ove venne trasferito due anni or sono dalla Maternità di Edimburgo. Apparso nel 1879, questo libro raccoglie, modificato, ordinato, ampliato, quanto era già stato pubblicato su questo argomento in lavori antecedenti.

Il nome di Duncan primeggia nella chiara falange di quei ricercatori, che come Kuenecke, Schatz, Poppel, Lays illustrarono con pazienti e dotte ricerche la fisiologia del parto, studiandone accuratamente anzi matematicamente ogni singolo fattore, e questa sua nuova raccolta possiede quelle stesse doti di minuta e paziente indagine, di profonda analisi, di critico acume per cui vanno segnalate le altre molteplici sue pubblicazioni.

Il lavoro è diviso in 12 capitoli, che noi esamineremo successivamente fissando la nostra attenzione su quei punti che riflettono le idee dell'autore sullo svolto argomento: certo chi è famigliare colla letteratura inglese molte cose trova in tal libro già risapute per la lettura delle sue memorie ma ad ogni modo giova il vederle riunite in corpo di dottrina. Nel 1° capitolo distingue anzitutto accuratamente l' orificio vaginale dall' orificio vulvare, indotto a ciò dagli errori, che, nella descrizione della vulva, si riscontrano anche nei trattati che hanno maggior voga. La circonferenza d' inserzione dell' imene segna i confini dell' orificio vaginale ed è questo che offre la maggior resistenza allo sprigionamento della testa fetale e che inesorabilmente viene leso nelle primipare, mentre molte volte l' orificio vulvare ed il perineo vanno illesi, inducendo quindi, dietro un esame superficiale, alla credenza che da quel dato parto ne sia venuta nessuna lesione ai genitali esterni. E qui l' autore coglie l' occasione di

avvertire come non sia raro, specialmente fra le levatrici, il vedere attribuire alla rigidità del perineo, quella resistenza e quell'ostacolo alla fuoruscita del capo, che invece si rinvengono nell'orificio vaginale o vulvare. Sembrerebbe, soggiunge l'autore, che nel progresso delle specie, nel senso darwiniano, la testa del feto sia cresciuta in volume più rapidamente di quello che non siano cresciuti gli orificii, per cui deve passare, in diametro od in dilatabilità, poichè difficilmente potrebbe supporsi essere una disposizione teleologica che la cervice uterina così frequentemente si laceri nel dar passaggio al feto e che lo stesso avvenga dell'orificio vaginale e vulvare. Questo passo dell'autore, a mio avviso potrebbe forse essere il punto di partenza di un lavoro interessante di ostetricia comparativa, che avrebbe la sua importanza anche nel campo della zoogenia. E prima di procedere oltre ad esporre le idee dell'autore, voglio pure accennare come le recenti indagini di Budin sull'imene, tendendo a farci ammettere questa membrana come la terminazione della vagina, ed il suo orificio come l'apertura terminale di essa, verrebbe ancora più nettamente delimitato l'orificio vaginale, e spiegata la necessità quasi che esso si laceri. L'inevitabile lacerazione dell'orificio vaginale nelle primipare ha luogo sulla linea mediana od in sua vicinanza, al margine posteriore dell'orificio, e di qui può estendersi lungo la parete vaginale posteriormente od anteriormente nella fossa navicolare. Tale lacerazione naturalmente deve essere distinta da quelle del perineo, dalle altre vaginali, da quelle vestibolari etc. Passando quindi allo studio delle cause di lacerazione, ne passa in rassegna i diversi fattori, tempo, forza di propulsione, direzione di questa, volume del capo, fragilità dei tessuti, assegnando quest'ultima in modo spiccato alle donne sifilitiche, sul quale ultimo punto, a vero dire, l'esperienza piuttosto estesa da me fatta in questa Maternità, non mi permette di convenire. Se una lacerazione è inevitabile, sembrerebbe che non vi potesse essere per essa un trattamento profilattico; ma non tutte le lacerazioni sono inevitabili e quella che è tale può essere trattata colla mira di prevenire la sua estensione al di là del grado inevitabile. Ora due elementi importanti nella genesi delle lacerazioni sono suscettibili di modificazioni, cioè l'elemento *tempo* e l'elemento *direzione*, poichè l'ostetrico può prevenire la precipitata espulsione del bambino ed i danni conseguenti, e sostenendo acconciamente il perineo, modificare la direzione del suo avanzamento, e controbilanciare ogni indebita compressione posteriormente ed inferiormente, proveniente dall'avan-

zarsi curvilineo del feto. Passando quindi a discutere il valore di tale pratica se ne dimostra partigiano contro l'avviso di Leishman e di Graily Hewitt.

Nel 2° capitolo descrive le lesioni dei genitali esterni che si riscontrano nelle primipare e che per la loro estensione, varietà e numero potrebbero meravigliare alcuni ostetrici che in tale esame non portassero una sufficiente attenzione. Tali lesioni sono descritte in base all'osservazione di 25 primipare, fatta nella Reale Maternità di Edimburgo. La frequenza anzi l'inevitabilità delle lesioni nel parto delle primipare, rende i loro lochi poco acconci alla dimostrazione clinica per la loro commistione coi prodotti di tali lesioni, mentre d'altra parte la presenza di esse e la loro gravità nelle primipare, in confronto della loro mancanza o poca entità nelle pluripare, hanno un grave significato poichè senza dubbio concorrono a spiegare la più grave mortalità nelle prime che nelle seconde. Una osservazione clinica importante, che io pure ebbi l'occasione di constatare parecchie volte, concerne la poca intensità del dolore che esse causano dopo la liberazione e la mancanza di rapporto fra la gravità della lesione e l'intensità del dolore sofferto dopo la liberazione. Tali lesioni sono per lo più disposte a raggi attorno l'orificio vulvare, il che era da attendersi in vista del modo con cui la forza propellente induce la dilatazione dell'orificio. Di 89 lesioni descritte nelle 25 osservazioni sopra accennate, 83 vale a dire 93 0[0 presentarono questa disposizione stellata. Alcune lesioni furono invece alcune volte l'effetto di una distensione nel senso dell'asse longitudinale della vagina, producendovi quindi naturalmente lacerazioni trasversali, vale a dire parallele all'orificio vaginale e perpendicolari all'asse secondo cui si esercitava la distensione. Esempi di tal genere di lacerazioni si ebbero nelle osservazioni IX^a^, XXIII^a^ e XXV^a^ vale a dire in circa il 12 0[0. Accanto a questi due generi di lesioni ve ne ha un terzo, costituito dalle rotture perineali centrali, e delle lesioni accennate tre appartengono a questa categoria e vennero descritte nelle osservazioni IV^a^, VII^a^ e XII^a^. In queste non è necessario che il perineo sia leso in tutto il suo spessore: qualche volta avviene che l'epidermide sia integra mentre è smagliato lo strato sotto giacente del corion, il che avviene con un processo analogo a quello con cui si producono le smagliature della cute del seno e dell'addome nella gravidanza. Le lacerazioni vestibolari presentano il più delle volte l'aspetto di nette incisioni e mentre le lacerazioni perineali sono quasi invariabilmente sulla linea mediana,

quelle vestibolari lo sono molto raramente. Abbiamo visto più sopra il numero totale delle lesioni osservate in 25 parti di donne primipare: in 10 di queste il perineo fu illeso, rimanendo integra la forchetta, mentre solo in 9 fu illeso il vestibolo; in altre parole il perineo fu più o meno leso in 60 0[0 ed il vestibolo in 64 0[0, mentre nella più grande collezione di casi di Schroeder il perineo fu leso 61 0[0. Oltre a queste lacerazioni perineali vi furono nei 25 casi più volte accennati molte lacerazioni dell'orificio vaginale, delle ninfe, delle grandi labbra. A destra ve ne furono 20, a sinistra 27, e l'autore mette a conto di questa maggior frequenza delle lesioni a sinistra una parte della spiegazione della maggior frequenza a sinistra della flegmasia dolens, della perimetrite e della parametrite: diciotto volte il vertice si presentò in 1ª posizione: in esse vi furono 29 lesioni in corrispondenza degli orificii, 12 a destra, 17 a sinistra. Le altre sette volte il vertice venne espulso in 2ª posizione ed in questi si osservarono 18 lesioni, 8 a destra e 10 a sinistra. A sinistra dunque prevalgono le lesioni anche nei casi di posizione destra. L'autore, accennando al fatto dimostrato da Winckel che il cateterismo è più di frequente richiesto nel puerperio quanto più gravi sono le lesioni perineali, crede probabile che il rapporto fra necessità del cateterismo, e le lacerazioni vestibolari sia ancora più stretto. Un'ultima considerazione d'interesse clinico fa emergere l'autore da questo studio. È ormai nota la tendenza nel campo ostetrico a fare un uso sempre più e più frequente del forcipe: ora la questione dell'utilità del più frequente intervento col forcipe, secondo Duncan è lungi dall'essere decisa, e uno degli elementi che si potrebbero portare nel dibattito sarebbe precisamente l'innegabile maggior frequenza e gravità delle lesioni perineali nella liberazione col forcipe; ma per altro non è ancora dimostrata la parte che ha lo strumento nel causare tale triste effetto, e l'influenza che la liberazione col forcipe ha sul numero e l'intensità delle altre lesioni vaginali e vulvari.

Nel capitolo III studia le lesioni dei genitali esterni nelle multipare sulla scorta di altri 25 casi di cui 10 osservati da Duncan stesso, 15 dal suo assistente Mac Culloch, dopo la sua partenza da Edimburgo. Esse sono di solito di niuna o poca importanza e non è raro il non riscontrarne nelle multipare, e quantunque a vero dire, in ognuno di detti casi sia fatto cenno di qualche lesione, è da notarsi però come sia tenuto conto di ogni minima graffiatura.

Il capitolo IV è intieramente dedicato alla rottura centrale del pe-

rineo, accidente questo che generalmente è disconosciuto o imperfettamente compreso. Ciò proviene essenzialmente da due cause, la prima perchè si considera come tale *soltanto* quella lesione, la quale apre un passaggio dalla vagina all'esterno, sotto forma fistolare, tra l'ano e la forchetta; la seconda perchè la si considera come una lesione separata e distinta dall'ordinaria lacerazione del perineo volendosi che rimanga tra essa e l'apertura vulvare un istmo di cute e di altri tessuti. Ora una lacerazione centrale del perineo può aver luogo, senzachè tutti i tessuti ne vadano lacerati e senzachè si apra un nuovo artificiale passaggio tra la vagina e l'esterno. La rottura perineale centrale può colpire soltanto la cute ed anche questa parzialmente sotto forma di smagliatura, o può colpire soltanto la mucosa, o soltanto i tessuti fra pelle e mucosa rimanendo queste integre, ovvero finalmente pelle e mucosa rimanendo integri i tessuti intermedii. Queste svariate forme di rottura centrale del perineo sono molto più comuni che la rottura completamente perforante: tutte queste forme furono dall'autore verificate, e tutte possono essere scoperte esaminando accuratamente le primipare, poichè la rottura centrale è limitata quasi esclusivamente a queste. Inoltre può avvenire che una rottura centrale si ricongiunga con una lacerazione perineale ordinaria. Quest'ultima per la genesi è una lesione affatto distinta dalla prima: essa proviene da una insufficienza od inestensibilità dell'orificio o degli orificii, attraverso cui il bambino deve passare, mentre la rottura centrale ripete la sua origine dalla insufficienza o dalla inestensibilità del canale che conduce all'orificio. Comunemente si riporta che in casi di rottura centrale, il feto è passato attraverso la nuova apertura, ma l'autore crede con M.e Lachapelle che ciò raramente avvenga. È curioso il disaccordo che regna sulla probabilità che una rottura centrale completa rimanga fistolosa: così Simpson pensa che ciò avvenga raramente, mentre Lachapelle opina che ciò si avveri generalmente. L'autore osservò tre casi di rottura centrale completa: una guarì per l'opportuna applicazione di punti fatta dal medico che assisteva, gli altri due casi vennero operati lungo tempo dopo la produzione dell'accidente ed entrambi i casi guarirono.

Nel capitolo V si occupa della lacerazione del setto retto-vaginale; la causa di questo accidente, che spesse volte si considera come il risultato dell'estendersi di una lacerazione del perineo, deve rintracciarsi in una mancanza di capacità o di estensibilità della vagina. L'autore riporta due casi in cui si produsse la fistola retto-vaginale mentre

lo sfintere anale ed una considerevole estensione del perineo rimasero integri.

Nel capitolo VI rivolge l'attenzione alle lesioni post-partum del perineo e del setto retto-vaginale, che possono simulare lacerazioni, e che provengono da successiva necrosi di tessuti, distesi e compressi in modo incompatibile colla loro vita continuata, ma non colla loro temporanea integrità: di tali lesioni postume ne riporta due casi interessantissimi.

Nel capitolo VII, premesso un parallelo sul modo di comportarsi del cingolo osseo della pelvi, e dell'ostio vaginale e vulvare riguardo al passaggio della testa fetale, mette in evidenza l'importanza del diametro sotto occipito-frontale nella produzione delle lacerazioni perineali. Dalla regione sotto-occipitale rappresentata da una linea che congiunge la protuberanza occipitale alla parte superiore della nuca, si dipartono i diametri sotto-occipito-verticale, sotto-occipito-bregmatico e sotto-occipito-frontale, che colle circonferenze che passano per essi, sarebbero rappresentati secondo le misurazioni dell'autore dalle seguenti cifre.

Diametro sotto-occipito-verticale pollici 3 1/2 circonferenza p. 11 1/4.
(Questo diametro partendo dalla regione sotto-occipitale raggiunge la sutura sagitale circa 3/4 di pollice all'indietro del centro della fontanella anteriore).

Diametro sotto-occipito-bregmatico	poll. 4	circonferenza	p. 12 1/2
Diametro sotto-occipito-frontale	» 4 1/2	»	12 3/4

Tali misure mettono in evidenza l'influenza di questo ultimo diametro come fattore efficiente delle lacerazioni perineali. Ma in qual ordine avvengono tutte le lacerazioni sopraindicate e studiate nei precedenti capitoli? 1° Prima che il diametro sotto-occipito-verticale abbia oltrepassato l'apertura vaginale, o anche quando soltanto protrude il caput succedaneum, l'orificio *vaginale* si lacera posteriormente, e la lacerazione aumenta quando il capo avanza. 2° Mentre le protuberanze parietali passano attraverso gli orificii vaginale e vulvare, esse possono lacerare uno od entrambi i lati dell'orificio vaginale o dell'orificio vulvare. 3° Le lacerazioni vestibolari hanno luogo prima che il diametro sotto-occipito-frontale abbia oltrepassato l'orificio vulvare. La loro occorrenza contribuisce a salvare il perineo da lacerazione. 4° In molti casi di rottura centrale questo può avvenire prima che la testa affronti l'orificio vaginale. Ovvero la parte mediana del perineo può aver sopportato la dilatazione fatta dalle circonferenze sotto-oc-

cipito-verticale e sotto-occipito-bregmatica che intanto si sono avanzate a lacerare gli orificii vaginale e vulvare, ma non può sopportare l'ulteriore distensione per parte della circonferenza sotto-occipito-frontale, che quindi la lacera e può dopo scorrere sulla parte anteriore del perineo senza lederla.

Nello stesso modo che la testa fetale nel suo passaggio induce lesioni delle parti molli, così queste colla loro resistenza debbono imprimere modificazioni nella testa fetale, poichè ogni ostacolo all'avanzamento della testa lascia la sua impronta su di esso. Naturalmente tali modificazioni devono essere più spiccate nelle primipare che nelle pluripare. È precisamente di tale argomento bellamente illustrato dalle ricerche di Budin che l'autore si occupa nel capitolo VIII.

Nel capitolo IX studia la procidenza dell'utero, viscere questo che designò molto inopportunamente l'affezione, poichè in essa più frequentemente hanno gran parte efficiente vagina e vescica, chè anzi l'utero nella maggioranza di casi menoma le conseguenze dell'affezione, e procurando di trattenere le parti discendenti, mentre rifiuta di scendere liberamente subisce non un allungamento ipertrofico, ma un allungamento per le trazioni subite. L'autore vorrebbe quindi sostituita la più razionale denominazione di *procidenza di visceri pelvici*, quantunque essa pure non sia perfetta, poichè non sono soltanto i visceri pelvici che si spostano, ma necessariamente anche una parte degli addominali. In verità la malattia affetta in modo primario e fondamentale il *potere di ritenzione* (the retentive power) dell'addome. È la condizione negativa di questo potere che conduce alla flessione, alla versione, alla discesa, alla procidenza dell'utero, alle ernie, probabilmente ad alcuni polipi mucosi dell'utero ed a molte altre malattie. Sono queste viste che devono guidarci nella pratica per porre riparo a tale affezione.

Riportato nel capitolo X un caso interessantissimo di procidenza, esamina nel capitolo XI le funzioni del perineo nella procidenza.

In questi ultimi tempi si diede grande importanza alle lacerazioni perineali come causa della procidenza indicata. L'autore in questo capitolo si propone 1° di dimostrare che la lacerazione perineale non è in stretto senso una causa di prolasso o di procidenza, 2° di indicare quale influenza la lacerazione del perineo eserciti su questa affezione, 3° di mostrare quale sia il valore della ristorazione del perineo. La dimostrazione del primo assunto basa sui seguenti argomenti: tra i molti casi di lacerazione completa del perineo, a cui partecipava an-

che lo sfintere anale, caduti sotto l'osservazione dell'autore, non fuvvi esempio di procidenza dell' utero che complicasse la lacerazione. Per contro tale affezione venne da lui riscontrata in una ragazza non ancora menstruata e ad imene intatto ed in molte donne sterili in cui l'integrità del perineo non bastò a prevenire la procidenza, e nella maggioranza dei casi da lui osservati di procidenza, il perineo era o integro, o non più leso di quello che lo sia nella gran massa delle donne che hanno partorito. Se la lacerazione del perineo non è per stessa cagione di procidenza, non havvi dubbio però, che essa la favorisca e l'acceleri quando sono già in giuoco le cause di tale accidente. E da ciò viene determinato il grado d'utilità della ristorazione del perineo, la quale per sè non rimove la causa della procidenza, ma può opporsi al progresso della discesa dell'utero, quando la forza impellente di questo viscere non sia tale da superare anche la resistena opposta.

Alcune considerazioni sul trattamento chirurgico delle lacerazioni perineali, ovvero sulla ristorazione del perineo, formano l'argomento del capitolo XII e chiudono questo lavoro, di cui io non ho dato che una idea sommaria, e che è una vera miniera di osservazioni finissime, che dimostrano una volta di più, con quanto talento di minuta e profonda indagine, l'autore sappia sviscerare anche gli argomenti in apparenza più aridi, e che meno sembrano prestarsi ad ulteriori ed approfondite ricerche.

Dr. Mangiagalli Luigi.

Varietà

—

La 6ª ovaro-isterotomia cesarea nell' Istituto Ostetrico di Milano.

Veniva eseguita il giorno 25 del p. p. febbraio dal dott. Luigi Mangiagalli, medico 1° assistente, sopra rachitica gravemente ristretta da lui fatta ricoverare fra le paganti, alla presenza del cav. Griffini e dei professori Tibone, Porro, Albertini, dei dottori Agudio, Monzini e Bertoloni e di non pochi medici praticanti, coll'assistenza del professore Chiara e del dottor Negri. — La donna in 12ª giornata di puerperio può considerarsi come guarita.

A proposito dell'ovaro-isterotomia cesarea veniamo a conoscere che il dott. Previtali di Bergamo eseguiva altre tre volte detta operazione ma sempre con esito infausto. — Tale esito ebbero pure le operate del Prof. Valtorta a Venezia (mese di febbraio (?)) e del dott. Chiarleoni a Milano (17 febbraio 1880).

Poesie mediche. — Ai nostri lettori amanti delle muse dedichiamo i due seguenti sonetti tolti dalla *Gazette des Hopitaux*, N. 17 del 1880; ne è autore il dottor Giorgio C....

Le Spéculum.

Catinette, en quelque aventure
S'étant éraillé le satin,
Va consulter, un beau matin
On la hisse; elle est en posture.

Un tube d'étroite ouverture
Dans un pâle reflet d'étain
Guide le regard incertain
Au sein de sa riche nature.

Voilà le bobo découvért
A nous la flamme, à nous le fer!
Mais — ô faiblesse de la bête! —

Son cautère à peine soufflé,
L'opérateur, courbant la tête,
Adore ce qu'il a brûlé.

Bonbon laxatif.

Je suis un aimable hypocrite,
Car je mens pour faire le bien,
Je n'ai qu'un but et qu'un moyen :
Plaire d'abord, guérir ensuite.

Blanche comme un stalactite,
Ma robe en sucre dit combien
Je séduis le petit chrétien
Pris par la gourme ou l'entérite.

Craintive à l'ombre du danger,
La maman court me mélanger
A d'autres bonbons moins sévères.

Mais Dieu guide le cher enfant,
Il me choisit, m'avale et rend
Le calme à ses petits viscères.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano. — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume II. Marzo 1880. Num. 3.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

Clinica Ostetrica di Napoli

SINFISIOTOMIA E PARTO PREMATURO

relazione e considerazioni

PER

EDUARDO RAFFAELE

In questi tempi di incessante progresso in cui si vogliono ristretti i confini della versione in beneficio dell' evoluzione spontanea, in cui il parto prematuro non è più una preziosa risorsa dell'ostetricia operativa, in cui si moltiplicano i splendidi risultati della istero-ovariotomia cesarea, la relazione di un caso di sinfisiotomia preceduta dal parto prematuro deve naturalmente destare una curiosa sorpresa, e tale forza da ingenerare nell'animo sentimenti poco benevoli. È l' accoglienza che la novità fa alle vecchie cose, che l'ardire fa alla prudenza.

Ed in vero oggi la operazione della sinfisiotomia fa appena parte della storia dell' ostetricia, non è più descritta ne' corsi teoretici, nè maggiore onore le accordano i trattatisti. Viene eseguita e quasi esclusivamente in Napoli, e l' ironia non risparmia i risultati che se ne ottengono. Difatti dopo la pubblicazione da noi fatta non ha guari del rendiconto triennale della Clinica Oste-

trica, qualcuno maravigliava che non contenesse nessun caso di sinfisiotomia.

Noi pensiamo peró che non sono sempre e solamente le nuove cose quelle che segnano un reale progresso, ma quelle ancora tolte da lungo ed immeritato oblio. E l'oblio, e diremo ancora meglio, il disprezzo nel quale la sinfisiotomia è caduta, impone il dovere di render noti i successi che se ne ottengono, ed affrontare con coraggio il sarcasmo che le grandi maggioranze destinano alle piccole minoranze.

Noi non vogliamo elevarci a campioni della sinfisiotomia per guadagnarle un credito ed una considerazione maggiore di quella che merita. Fu questa la causa che le procurò così avversa fortuna.

Noi deploriamo semplicemente l'ostinazione di coloro che vogliono farne giustizia sommaria, condannarla senza appello, e toglierle perfino il benefizio inviolabile della difesa.

Ed invero tutti coloro che la ripudiano, l'hanno essi praticata o visto praticare? Hanno essi verificati gli insuccessi, i disastri o la inutilità che le si attribuiscono? Secondo noi sarebbe un dovere per i grandi maestri di ostetricia di cui oggi si onora l'Italia di controllare e confrontare con i propri i risultati della scuola napoletana, e dissipare così lo strano e poco edificante spettacolo di pratiche e convinzioni così diverse. Solo l'esperimento e l'esperienza possono decidere sul reale valore di un'operazione feconda nel suo concetto, di un'applicazione che le procurò il plauso di tutto il mondo scientifico. « Ognuno il quale percorra i documenti in cui sta consegnata la storia delle grandi operazioni resta inevitabilmente colpito dal fatto che più si accumulano le osservazioni di un dato atto operativo, più va diminuendo la rispettiva mortalità. » (Mangiagalli).

Dalle antiche statistiche non si può desumere un giudizio esatto sul reale valore della sinfisiotomia. Spesso venne praticata in gradi di angustia pelvica nei quali la dieresi articolare non

era bastevole ad armonizzare i rapporti tra il volume del feto e la capacità del bacino. Spesso dopo il taglio furono praticate manovre di estrazione che resero più gravi gli effetti del traumatismo operativo. Spesso si deplorarono nelle sinfisi posteriori gli effetti del forzato ed esagerato divaricamento delle ossa pubiche.

Le recenti statistiche alle quali siamo lieti di aggiungere il caso che riferiamo, sono invece una prova sperimentale della verità espressa dal dottor Mangiagalli.

Oggi è meglio conosciuto e determinato l' aumento che nelle angustie pelviche è permesso sperare dal taglio della sinfisi.

Oggi sono meglio conosciuti i danni che un forzato divaricamento può produrre nelle sinfisi sacro-iliache, e quindi ancora meglio determinati i limiti di tale divaricamento.

Oggi la pelvimetria permette stabilire con norme più sicure il grado della stenosi pelvica, e quindi le indicazioni de' processi operativi.

Oggi la sinfisiotomia gode come le altre operazioni i benefici effetti della medicatura antisettica.

Ora se la sinfisiotomia può veramente essere utilizzata in alcuni casi di angustia pelvica; se possono essere scongiurati i pericoli inerenti al modo ed ai casi ne' quali venne praticata, non ci sembra giusto che essa sia cancellata dal quadro delle operazioni ostetriche, e rifiutata in benefizio di operazioni certamente più gravi.

La nostra voce non ha alcuna autorità, e quindi non può da essa trarre alcun vantaggio diretto la quistione che solleva.

Noi la dirigiamo perciò a coloro che per età, esperienza e sapere sono nostri maestri, perchè ritornino sulla medesima con maggior calma di giudizio e maggior copia di esperienza, per darle la soluzione che verrà suggerita dalla loro coscienza e dalla loro dottrina.

Il giorno 15 maggio veniva accolta nella Clinica Ostetrica la nominata Lucia Esposito di anni 20, primipara nel 7° mese della sua gravidanza.

Presentava manifesto abito rachitico, ed affermava che una sua sorella era egualmente mal formata. Poco intelligente e smemorata, non seppe dare altre notizie di sè. Nata e vissuta in condizioni assai misere aveva miserevoli le sue condizioni generali, ed il volto e le mucose presentavano i caratteri della cloroanemia.

Deformità rachitiche. — Statura metro 1.11 — testa voluminosa — mascella inferiore allungata — denti guasti e mancanti — spalla destra con gli archi costali corrispondenti sporgente il doppio della sinistra — inclinazione laterale del torace a sinistra, con convessità a destra della porzione dorsale — scoliosi compensativa della porzione lombare — insellatura molto profonda — la natica destra più sporgente della sinistra — l'arto inferiore destro rotato in fuori, e nella stazione verticale superava di 5 cent. il livello dell'arto opposto — curve considerevoli ne' femori e nelle tibie.

Tali deformità, secondo una giudiziosa e pratica considerazione del chiarissimo prof. Tibone, bastavano ad indurre il convincimento di un grave restringimento del bacino. La esperienza clinica mi ha insegnato, egli dice, che fra le deviazioni rachitiche delle estremità inferiori e le deviazioni rachitiche della colonna vertebrale sta di mezzo un bacino viziato con una stenosi per lo meno di 2° grado (c. v. 80 mm.)

Le misure pelvimetriche dimostrarono quanto fosse ancora più grave la stenosi del bacino in esame.

Misure pelvimetriche. — Circonferenza pelvica 66 cent. — distanza fra le creste 22 cent. — distanza fra le spine 21 cent. — coniugata esterna 14 cent. — coniugata diagonale 7 cent.

Adottando la maggiore riduzione, come è prudente consiglio ne' casi di gravi restringimenti, la coniugata vera poteva stabilirsi di 5 $^1/_2$ cent. (55 mill.).

In presenza di una tale stenosi e di una gravidanza nel corso del 7° mese quale era la condotta a seguire?

Il parto prematuro semplice era insufficiente ad armonizzare i rapporti di volume e capacità tra feto e bacino. Permettendo alla gravidanza di giungere a termine si imponeva unica risorsa il parto cesareo classico o completato dalla amputazione utero-ovarica. L'eco de' successi ottenuti da questa splendida innovazione chirurgica incoraggiava, e diremo ancora stimolava il chiarissimo Direttore della Clinica a tentarla, ma egli non poteva non seguire gli esempi della Scuola cui si onora di appartenere, ed allontanarsi dai precetti del suo insegnamento e de' suoi scritti. Tra la operazione del prof. Porro e quella del prof. Jacolucci si appigliò a quest'ultima, e si decise di praticare la sinfisiotomia previo parto prematuro non appena la donna avesse superato il 7° mese della sua gravidanza.

Operazione. — Il giorno 9 giugno , nella prima settimana dell'ottavo mese, si incominciarono le doccie uterine. Furono prescelte ad ogni altro processo per la primiparità e l' epoca della gravidanza e quindi nello scopo di disporre le parti alla dilatazione. Il giorno seguente si manifestavano leggieri e rare contrazioni, ma bastevoli a determinare un certo grado di dilatazione dell'orifizio; le quali crescendo sempre più assicuravano definitivamente il travaglio. Alle ore 12 del giorno 11 essendo la dilatazione dell'orifizio quasi completa, si ruppe artificialmente il sacco, ed il prof. Morisani alla presenza del chiarissimo prof. Novi procedette alla operazione.

Incise col bistori i tessuti sovrastanti alla sinfisi senza prolungare il taglio nè in sopra nè in sotto, indi introdusse nell'angolo superiore del medesimo la così detta *falcetta* o sinfisiotomo il quale, scivolando lungo la faccia posteriore della sinfisi, operò la sezione dei legamenti e della cartilagine interarticolare. Si ottenne un immediato e sensibile allontanamento delle ossa pubiche con immediata discesa della testa dal distretto superiore nella escavazione del bacino. Poche ed energiche contrazioni bastarono a spingere la testa alla vulva donde, dopo una certa resistenza

opposta dall'anello vulvare venne spontaneamente espulsa. La testa era in 1ª posizione del vertice.

Il bambino, alquanto debole, non tardò a vagire e respirare regolarmente.

Dimensioni fetali. — Peso: 2 kil. — Piccola lunghezza: 24 centimetri — Lunghezza totale 40 cent. — Diametro occipito-frontale 9 — Occipito-mentoniero 12 — Bi-temporale 6 — Bi-parietale 7 1|2.

Il secondamento procedette come nelle condizioni normali.

Il P. Morisani preferendo, di accordo, col P. Novi, la riunione mediata pose nella ferita un piumacciuolo affidato ad un filo e bagnato di acqua emostatica, indi procedette alla fasciatura mediante la doppia spiga dell'inguine.

Il bambino dopo tre giorni venne inviato a' trovatelli (Casa dell'Annunziata).

Il puerperio decorse normalmente, si ebbero solo delle oscillazioni nella temperatura di nessuna importanza.

All'8° giorno dall'operazione, essendo abbastanza lodevoli le condizioni generali, ed eccellenti quella della ferita si applicò attorno al bacino un apparecchio inamovibile per ottenere con la immobilità una riunione più pronta e regolare.

Sul sito della ferita si lasciò un'apertura per farne la medicatura.

Dopo 34 giorni, senza inconvenienti di sorta alcuna, la riunione era completa, la ferita rimarginata, e dopo 40 giorni la donna abbandonava il letto, e poco dopo veniva congedata dalla Clinica senza dolori o disturbo nella deambulazione.

Dalla rapida narrazione dell'operazione e delle cure consecutivamente apprestate si possono rilevare le seguenti particolarità: uso della falcetta — limite del taglio — riunione mediata — immobilità del bacino.

La falcetta è un prezioso istrumento perchè non solo garantisce da ogni offesa i tessuti e gli organi circostanti ma permette ottenere una incisione rapida e sicura dei tessuti articolari.

La limitazione del taglio limita le conseguenze del traumatismo chirurgico.

La riunione mediata permette che la cicatrice si faccia dal fondo alla superficie della ferita, permette sorvegliare meglio le fasi della cicatrizzazione, ed impedisce le raccolte e gli infiltramenti.

La immobilità assicura la perfetta unione delle parti divise, e premunisce contro la diffusione de' processi infiammatori.

Conclusione. — Il risultato ottenuto dal prof. Morisani e quelli in gran numero ottenuti dal prof. Novi non permettono certamente di dubitare che la sinfisiotomia corrisponde nella pratica applicazione al suo concetto teorico; essa è quindi un'operazione che per i limiti del taglio, la natura della parte offesa — gli accidenti immediati o consecutivi al traumatismo chirurgico, merita una sorte migliore.

La sua importanza è resa evidente dalle operazioni destinate a sostituirla.

A termine di gravidanza, con feto vivo, ed in quelle angustie che escono dai limiti dell'azione compressiva del forcipe alla sinfisiotomia non può sostituirsi che la craniotomia, cioè la uccisione del feto per apertura e vuotamento del suo cranio.

Un tempo gli ostetrici del nord d'Italia erano assai poco teneri della vita del feto, non esitavano nella scelta e la craniotomia era una conseguenza logica de' loro convincimenti. Oggi invece si preoccupano a segno della vita del feto da menomare l'importanza del parto prematuro; e la ripugnanza che essi provavano pel taglio cesareo è vinta dall'entusiasmo per la innovazione del prof. Porro, e quindi la scelta del processo operativo a termine di gestazione con feto vivo e ne' gradi di stenosi ne' quali è indicata la sinfisiotomia diviene grandemente imbarazzante.

Alla sinfisiotomia durante la gravidanza si contrappone la operazione cesarea e la cefalotrissia a termine. I funesti risultati della prima, l'importanza data alla vita della madre in preferenza

di quella del feto, facevano preferire la seconda; la cefalotrissia era la operazione di elezione, la sezione cesarea quella di necessità. La proposta di Jacolucci fu una conseguenza naturale dello sgomento de' chirurgi innanzi all'ecatombe del parto cesareo ed innanzi alla giusta ripulsione per la uccisione del feto. La sezione cesarea modificata ispirando maggior fiducia ha, è vero, ristrette le indicazioni della cefalotrissia, ma le incertezze che circondano la vita intra-uterina, la possibilità di assicurare la esistenza del feto a 7 mesi o poco più, i pericoli gravissimi del taglio cesareo pesano per verità nella scelta di queste conclusioni troppo ingiustamente sfavorevoli per la madre.

I pratici cadono nell'eccesso contrario. Prima sacrificarono il feto con cuor leggiero, e le operazioni cruenti sulla madre erano accettate solo allorchè fatalmente necessarie. Oggi invece vogliono assicurare la vita del feto a costo de' più grandi rischi, a costo della morte della madre.

La temperanza in queste due tendenze eccessive, la giustizia in questi interessi diversi sono rappresentate dalla sinfisiotomia, e quindi noi collo studio della medesima poniamo una quistione eminentemente pratica, eminentemente umanitaria.

Napoli, 3 febbraio 1880.

CEFALOTRIBO O CRANIOCLASTA?

CENNI STORICO-CRITICI

SULLA TERAPIA OSTETRICA NEL VIZIO PELVICO

CAPITOLO PRIMO

CONSIDERAZIONI GENERALI SUL TAGLIO CESAREO NEL VIZIO PELVICO.

La precisa conoscenza anatomica del bacino femminile, lo studio delle sue relazioni coll'Ostetricia e la scoperta delle pelviche ristrettezze, rovesciando l'opinione della Scuola di Coo sul parto, portarono una vera rivoluzione sia nelle indicazioni come nel modo d'intervenire dell'Ostetrico nel maggior numero dei casi distocici d'origine materna.

Finchè si credette che il feto per uscire usasse di una forza propria e si partorisse da sè divaricando lo stretto pelvico senza vis a tergo che lo spingesse, era sino ad un certo punto logico il pensare che allorchè l'uscita si faceva troppo attendere o non succedeva, ciò fosse o per mancanza di forze del feto o perchè in lui il vigore vitale era stato spento dalla morte. La terapia ostetrica in questi casi informandosi a tale modo di vedere, o provocava l'espulsione del feto con sucussioni impresse alla donna, o cercava con polveri starnutatorie di eccitare la vitalità del feto se questa era solo assopita. Nei casi tutti poi in cui neppure con questi mezzi si riusciva, non badavasi punto pel sottile e con rozzi strumenti acuti e taglienti si tentava di ridurre nel cavo pelvico il feto e quindi uncinato solidamente, d'estrarlo.

Il dilemma tra madre e figlio per loro non poteva esistere. La forza della madre creduta passiva non era interrogata e quando si poneva nei casi gravi, di parto impossibile, mano agli istrumenti per agire sul feto, gli scrupoli non potevano esistere stante che il feto era ritenuto estinto. Molte volte però succedea che per i mezzi insufficienti di cui disponevano, il parto non si terminava neppure coi piestron, uncini, tanaglie; ed allora la condotta dell'ostetrico si convertiva in poco brillante ritirata, dichiarandosi incapace di proseguire oltre. Ciò che succedesse poi è inutile il dirlo, la medesima bara il più delle volte riuniva le due creature.

L'Aranzio che fu testimonio di simili scene ed alle prese coi casi difficili d'allora, vedendo che l'ostetricia era caduta in mano ad ignoranti e mestieranti i quali talora incapponendosi nella riuscita producevano veri macelli nel ventre delle povere puerpere non teme di dar loro il consiglio, che in questi casi essendo l'arresto del parto prodotto dal bacino grandemente ristretto, per loro *meglius est honestam capere fugam quam adeo gravia subire discrimina.* È noto che prima dell'Aranzio non dubitavasi che un ostacolo osseo potesse frapporre ostacoli alla discesa del feto; questa almeno era l'idea generale prima del secolo decimosesto.

Che Greci, Romani ed Arabi abbiano quasi totalmente sconosciute le viziature pelviche è generalmente noto. Che alcuni di loro le avesse subdorate è probabile come può ricavarsi da alcuni brani di Aezio e di Sorano. L'idea pure d'Ippocrate sulla forza attiva del feto e la completa passività dell'utero erano state di quando in quando negate.

Così Galeno stesso, il degno rivale del medico di Coo in molte questioni, opinava sul parto *che esso dovevasi alla contrazione muscolare dell'utero che spinge in giù il feto coadiuvato dall'azione dei muscoli addominali che servono pure ad espellere feci ed orine,* modo di vedere analogo al più recente dei moderni.

Squarci di luce, come si vede, solcavano di quando in quando le tenebre scientifiche, ma vere meteore dileguavansi tosto più

non lasciando traccia di loro. È specialmente in Italia ove le celebri Scuole Mediche di Salerno e Bologna eransi fatte depositarie della scienza greca e latina che nel Medio Evo sorgevano queste opinioni isolate e senza seguaci. Così nel 1400 l'Alessandro Benedetti da Verona scrive già essere *assurdo credere ad un divaricamento delle ossa pelviche nel parto.* Michele Savonarola da Ferrara verso il 1450 afferma che la strettezza della pelvi *può produrre impedimento al parto ed anche renderlo impossibile.* Cito questi due tra i varii perchè più nettamente manifestarono le sue opinioni.

Bisogna però scendere nella storia dell'Ostetricia nel 1500 dopo gli studj del Vesalio sul bacino umano per trovare ridotte a dogma scientifico queste giustissime opinioni isolate. Vesalio descrivendo nel 1543 il bacino femminile, la compattezza delle sue ossa, robustezza dei legamenti e la ferma connessione che ognora esisteva tra le varie parti, aprì la via al suo allievo il Realdo Colombo che distrusse le antiche fisime e pose le basi della moderna distocia. Il Colombo sulle tracce del maestro dimostrò l' impossibilità del divaricamento delle ossa pelviche. Negò la pretesa forza attiva del feto e mise in onore l'opinione di Galeno sulla forza efficiente del parto. Completava l'opera dei due l'Aranzio che discepolo non del Vesalio, come erroneamente si legge nella monografia del Litzmann sul bacino e nelle prime pagine del *Trattato* dello Schröder, ma bensì del Fallopio, insegnando nel 1572 a Bologna, dimostrava anatomicamente l'esistenza del bacino ristretto. Ostetrico ed anatomico seppe subito tirarne le giuste conseguenze dalla sua scoperta e stabilì quindi alcune indicazioni della distocia pelvica. La rettifica storica si può facilmente trovare nel *Libro della Comare* di Scipione Mercurio al Capitolo IV.

Erano però così radicate le antiche idee e tanta era l'influenza nelle cose mediche delle dottrine Ippocratiche che molti anni passarono prima che l'umanità potesse universalmente fruire dei vantaggi che questi studi portavano. Sul principio gli oppositori

rappresentarono la maggioranza e tra questi alcuni di grande peso e valore. Ambrogio Parco cui nessuno può negare il benefico influsso esercitato sulla chirurgia universale e sull'ostetricia col volgarizzare la pratica del rivolgimento, fu tra i primi ad opporsi e nel 1590 taciando per fiabe le nuove idee difese apertamente dalla cattedra e cogli scritti l'opinione della scuola di Coo e negò l'esistenza del bacino ristretto. Tra gli allievi istessi dell'Aranzio nella stessa Italia in cui erano sorti i nobili tentativi si trovò chi ripudiò od almeno colpì con strana dimenticanza le nuove teorie, dando ricetto nei suoi scritti alle più umoristiche e fantastiche storie sull'ostetricia, come il Scipione Mercurio.

Fortunatamente per la scienza che i fautori non mancarono ed accettando il sistema nuovo modificarono pure in conseguenza il modo d'agire nelle peculiari circostanze. Quanto ci abbia guadagnato la vita del figlio è inutile il discutere. Riconosciuta essere la forza attiva della donna quella che in massima parte agiva per far succedere l'uscita del feto dal cavo pelvico, si abjurò alla credenza che ogni volta si trattava o di parto lento o non effettuato, il feto fosse morto e quindi lo si potesse senza scrupoli tagliare. Nacque il dubbio del feticidio nel ventre materno e perciò il bisogno per la coscienza di cercare metodi onde ovviare talora a questo bivio crudele, ancor più fomentato dagli scrupoli religiosi che non tardarono molto a nascere ed imporsi. In questi primi tempi contemporaneamente alla dimostrazione dell'Aranzio sul vizio pelvico, introducevasi nella pratica ostetrica un' operazione che pei molti fautori delle nuove idee parve logica soluzione per uscire dal bivio ed esercitò per molti anni una grande influenza sulla terapia ostetrica.

È comunemente attribuito al francese Rousset l'onore d'aver volgarizzato il taglio cesareo sulla vivente. Che il suo libro e l'efficace opera sua possano scientificamente segnarsi come il punto di partenza di quest'operazione è da tutti ammesso; come pure abbiano di molto contribuito all'ingresso dal campo della teoria a

quello della pratica della gastro-isterotomia. È però universalmente stabilito che il taglio cesareo sulla vivente era prima d'allora stato praticato. Il primo lavoro del Rousset comparve nel 1581, e Plinio presso i romani parla già di Manlio il Cartaginese, di Scipione l'Africano che furono chiamati Cesari perchè estratti dal ventre tagliato della loro madre. L'autorità di Plinio non stabilisce con certezza se si trattasse di fatti *post-mortem* come osserva lo stesso Rousset nel suo lavoro. Se potevan sorgere dubbj sull'autenticità di questi, non così succede per quello classico del Norcino Nufer (1500) di Niccolaus Niccolò da Firenze nel 1531 e del Donati Altomare anteriori tutti alla metà del secolo decimosesto. Questi erano i fatti storicamente registrati. Ma molti e molti correvano sulle bocche del volgo. Si citavano fatti di donne gravide che seguendo le armate e ferite al ventre avevano per quella via partorito feti viventi, e sopravvissute alla terribile prova. Quindi l'opinione pubblica era in molti siti preparata all'audace innovazione ed il Rousset non fece che vagliare i fatti dal lato storico; ma ebbe il merito insigne di dare una veste scientifica a tutto ciò, fissare le indicazioni e presentare con lodati scritti ed autorità del nome la nuova pratica alla sanzione del mondo medico.

Tra i motivi del taglio cesareo non è dal Rousset annoverato il vizio pelvico che probabilmente non conosceva.

La proposta incontrò in molti simpatia ed appoggio. Il morir donne, come già osservai, col feto nell'utero o perchè abbandonate a loro, o perchè vittime degli orribili strapazzi sofferti, era cosa allora frequentissima. Quindi a molti sorrise il nuovo modo in vista dei buoni resultati già conosciuti, come pure moltissimi non ne vollero punto sapere. I potenti oppositori che la combatterono non mancarono in Parigi stesso culla del nuovo metodo; Pareo pel primo aprì il fuoco e servendosi della grande sua autorità la fece ripudiare dal Collegio medico della Sorbona, dichiarando i casi di riuscita dal Rousset citati o favole o puri mi-

racoli del caso. Come si vede il dilemma divise tosto il campo e l'ostetricia vidde sorgere i Cesaristi e gli Embriotomisti. Mauriceau pochi anni dopo continuò la lotta. Era razionale lo sperare che quest'insigne maestro avrebbe dovuto far buon viso alla pratica nuova, a lui che le indicazioni conosceva e logicamente potea ammetterlo, stante la scienza e l'accettazione delle idee delle Scuole italiane sul modo di compiersi del parto nel vizio pelvico, come chiaramente risulta dal classico suo trattato. Ciò nullameno continua nell'opposizione e battezzandolo *eccesso d'inumanità*, consiglia nelle gravi ristrettezze piuttosto d'aprire il ventre materno vivente, o d'attenderne la morte e praticare allora il taglio e l'estrazione del feto, od aspettare la morte del feto e quindi estrarnelo embriotomizzato.

Qual'influenza abbiano avuto le idee di Mauriceau sulla questione chiaramente lo dimostra la storia dell'ostetricia francese, che non vide adottato dai suoi maestri questo provvedimento così giusto molte volte pel feto che verso la metà del secolo decimottavo per l'appoggio autorevole del celebre Levret. Benchè le idee sul vizio pelvico si volgarizzassero, che le nuove opinioni sul parto venissero dai maestri accettati, e quindi studiato il problema d'una sproporzione tale tra contenuto e contenente da obbligare a crear nuove vie per logicamente uscire dalla falsa posizione; ciò nulla meno vediamo Guillemau, Dionis, Hoorn e Peu attendere la morte del feto e poi dividerlo ed afferrato estrarlo, e Delamotte consigliare il primo modo proposto da Mauriceau. E sì che Peu e Delamotte conobbero i vizi pelvici estremi, eppure non vollero ammettere l'indicazione geometricamente molte volte imposta.

Quale si fu il motivo di tale contrasto? La riluttanza ad accettare teorie nuove, la fedele trasmissione delle manualità operatorie e la completa sconoscenza delle recenti, e nonchè un eccessivo e mal ragionato interesse in favore della madre. È facile il comprendere che se i maestri lo ripudiavano, gli allievi dovevano seguire la medesima via, e quindi molto bene si spiega il tardo ingresso nella pratica generale.

Già lo scrissi che è solo verso la metà del 1700 che la Scuola di Parigi si fece fautrice del taglio cesareo sulla vivente e pubblicamente lo bandisce. Benchè nessuno dei proponenti s'illudesse ad esagerare la bontà della pratica in favore della madre e che 1|3 appena si sapesse salvarsi di queste sulla totalità dei casi operati in Francia, e che 99 0|0 di donne ai tempi di Baudeloque ne perissero, pure la diffusa e maggiore conoscenza del bacino ristretto, lo studio delle varie indicazioni lo indicarono ed imposero come unica soluzione logica in alcuni casi. Perchè sacrificare necessariamente e pensatamente un feto, quando ridotto coi mezzi grossolani d'allora non si poteva ottenerne l'estrazione e così assistere in seguito ad un doppio decesso? Fu questo il punto d'appoggio su cui Levret, Baudeloque, Gardien, Capuron si fondarono per farlo entrare definitivamente nell'ostetricia francese. Questo movimento necessario in favore del feto trovò numerosi accoliti e Capuron non si peritò di scrivere che a feto vivente l'*embriotomia* era un attentato alle leggi *divine ed umane*. Qualche segno certo sulla vita reale del feto s'era raccolto, i moti attivi erano conosciuti, e la speranza che si aveva per la vita della madre non era sempre pari alla sicura uccisione d'un feto vivente, i cui diritti legali al vivere nessuno però osava contestare. Già lo notai che servì pure l'idea religiosa a scuotere e mantenere desto questo movimento in favore del figlio, ed a respingere le reticenze incongrue ed i sofismi dei discepoli di Mauriceau.

Noi vediamo essersi per pochi anni in Francia mantenuto questo favorevole stato di cose pel feto. Nella medesima famiglia di Baudeloque che ne fu ardente fautore accettandolo *come dura lex sed lex*, sorse il detronizzatore. Il cefalotribo eliminò od almeno ridusse a poco il taglio cesareo. Il grido in favore del feto fu soffocato da quello in favore della madre. Lo strumento nuovo più sicuro e meno dannoso si fece tosto famigliare all'ostetrico, che in questa crociata contro il taglio cesareo in Francia giunse nell'entusiasmo a scordare qualsiasi grido umano in favore del feto

e non dubitò di pubblicamente sancire la cefalotropsia a feto vivente. Questo moto fatale contro la gastro-isterotomia sulla vivente nella Scuola di Parigi si mantenne sino ai giorni nostri, nel parto a termine. Per molti anni trionfò senza opposizione pratica nè teorica; speriamo che i recenti successi di Tarnier, Fochier e Lucas Championnier serviranno a moderare l'uccisione volontaria del feto nell'utero ed a rivolgere l'opinione a più mite consiglio.

Alla Scuola inglese non sorrise punto la proposta, è nell'Inghilterra che si trovò tosto anche dal lato pratico la più tenace opposizione al taglio cesareo sulla vivente. Opposizione che non si perdè in vane discussioni ed in reticenze e sofismi ma bensì nel cercare praticamente qualche cosa di meglio. Le poche prove di gastro-isterotomia tentate nel 1600, non s'erano inimicato guari l'animo degli ostetrici di quel paese.

Essendosi diffusi per mezzo del Deventer le conoscenze sui vizj pelvici, queste chiamarono tosto l'attenzione sulle nuove indicazioni che portavano seco. Anche qui si presentò il problema tra madre e feto. Ma il dubbio fu breve, e tolti casi di vizio estremo, se no universalmente si rinunciò al taglio cesareo sulla vivente. Era però impossibile sconoscere che in molti casi le sproporzioni tra contenuto e contenente chiamavano necessariamente un sacrificio dell'uno e dell'altro dei due esseri; vinse la madre. L'indole positiva della nazione imprime un marchio speciale alla scienza stessa e la rende poco proclive alle sterili disquisizioni morali ed a postumi dubbi di coscienza. La vita della madre era certa e da lungo esistente. Quella del feto era naturalmente circondata da tali peripezie che ben difficilmente poteva calcolarsene il futuro valore. Fondandosi su ciò l'ostetricia inglese tutto sacrificò alla madre e provvidde alla distocia pelvica in 3 modi a seconda del grado della ristrettezza. O coll'aborto in gravidanza nei casi estremi troncò il futuro dilemma, o col parto prematuro seppe saggiamente evitarlo e molte volte con vantaggio reale d'amendue gli esseri; ma nella gravidanza a termine non dubitò punto di con-

sigliare l'embriotomia ad oltranza perfezionando mezzi e sistemi per con più sicurezza raggiungere lo scopo.

Sarebbe inutile il parlare del taglio cesareo sulla vivente se almeno per sommi capi non si accennasse all'aborto ed al parto prematuro, artificiale. Quest'ultima misura profilattica che incontrò il favor generale, fu dal Demman proposta nel 1754 e dovette la sua nascita all'osservazione di feti che espulsi prematuramente pure continuavano a vivere. Posta in relazione la conoscenza dell'accrescimento del feto nei varj mesi della gravidanza con quelle del grado della ristrettezza si posarono le indicazioni relative. Perfezionandosi la diagnostica del vizio pelvico migliorò pure la pratica riguardo agli esiti. Si esagerò nei primi tempi e non poco, stantechè le vaghe cognizioni pelvimetriche, facevano sì che non si ponessero in giusto rapporto tra di loro l'elemento materno ed il fetale. Il timore poi di esagerare nelle operazioni cruente a termine spinse i primi operatori a largheggiare anticipando molte volte il tempo con danno grave della vita futura del feto.

Ma l'eccellenza della pratica eminentemente conservatrice se faceva molte volte scusare anche le esagerazioni nell'impiego non autorizzava per nulla il parzialissimo contegno dell'ostetricia inglese nel parto a termine in un bacino gravemente ristretto. A Londra come a Parigi il taglio cesareo non aveva successo. Come nelle provincie francesi così nelle contee inglesi la statistica si presentava più favorevole che nei grandi centri. Se in Francia nel 1700 si otteneva il 25 0[0 solo di donne sopravissute al taglio, la statistica inglese presentava solo il 15 0[0. Radfort su 77 operazioni nota 66 decessi materni; dovevasi perciò porre come assioma indiscutibile ed assoluto l'aborto provocato nella gravidanza e l'embriotomia a termine per risparmiare il più che si poteva la madre? E di sacrificare così senza dubbi e scrupoli con certezza assoluta la vita del feto?

Così non pensò la maggioranza degli ostetrici belgi, tedeschi ed italiani presso a cui l'idea dell'aborto provocato come misura

profilattica di rigore non trovò l'accoglienza che si aspettava. E nel parto a termine stesso per questione di moralità non si lasciarono facilmente trascinare sulla china dell'embriotomia ad oltranza. L'esperienza d'oggi ci insegna molte cose e chiaramente dimostra che una prudente aspettativa è la più saggia consigliera talora nelle cose ostetriche. Che successe nell'ostetricia inglese in seguito a questo entusiasmo in favore della madre?

Il Playfair nel suo trattato con giusto orgoglio osserva che l'umanità deve all'ostetricia inglese due preziosi metodi conservatori; il forcipe ed il parto prematuro provocato; perchè oscurare talora questa gloria coll'aborto ostetrico e le operazioni embriotomiche spinte amendue soventi all'eccesso? I fatti di Deust e Mittelhauser in Germania impallidiscono innanzi a quelli raccolti dalle statistiche inglesi. A Rothunda Hospital, si legge in uno dei loro più recenti trattati ostetrici, su 21,862 parti successi Direttore il Labbat, il forcipe fu applicato una sola volta sul feto vivente; ricorrendosi per l'ordinario in caso di fatti distocici per pelvi ristretta alla craniotomia e facendola susseguire il più delle volte dall'estrazione artificiale. In tempi a noi vicini sotto la direzione medica di Collins e Clarcke la craniotomia si presenta dalle tre alle quattro volte più frequente che non la semplice applicazione del forcipe...; possono quest'esagerazioni giustificare il contegno dell'ostetrico inglese nel parto a termine nella pelvi stretta? Di qui la perfezione dei mezzi e nota abilità loro nelle operazioni embriotomiche e nel maneggio di certi strumenti che nel continente sono dai più adoperati con speciali cautele.

Sta però il fatto che il parto provocato è una gloria inglese checchè ne pensi e scriva il Depaul che ne vorrebbe far risalire il merito alla Bourgeois ed a Guillemau, e non si può negare che per molti anni stante il quasi generale insuccesso del taglio cesareo diede buoni risultati in mano agli operatori, benchè non debbasi accettare con l'entusiasmo che alcuno vorrebbe. L'abuso nocque alla pratica e molte indicazioni che una volta erano cre-

dute esclusive a questo ora molto meglio si ottengono e con più vantaggi coll'operazione complementare del Porro. Oggidì può dirsi essere vero assioma ostetrico che il parto prematuro non può nè deve sostituire la gastro-isterotomia cesarea, altri essendo i confini delle due operazioni. Come fu accolta la proposta del Rousset in Italia?

Allorquando quest'autore sul finire del 1500 dettava il suo primo lavoro, Scipione Mercurio il di cui trattato è uno dei più antichi che la storia dell'ostetricia italiana registri si portò a Parigi. Narra lui stesso che la favorevole impressione avuta sulla nuova proposta sia dai colloqui avuti coi chirurghi francesi fautori del Rousset, sia per la pratica conoscenza di fatti clinici in cui era riuscito, lo spinsero ad adottare e proporlo ai suoi colleghi italiani. Allievo poco degno però dell'Aranzio e del Fallopio di cui volentieri rammenta il nome dimenticandone i savii precetti, tra le indicazioni dell'operazione solo confusamente accenna a *parti troppo strette*, come potei persuadermi leggendo il Capitolo in cui tratta la questione, volendo forse alludere al bacino ristretto di cui però non fu mai cenno distinto. Il viaggio del Mercurio si compie nel 1571 e 72 ed il suo trattato apparve pochi anni dopo. Da ciò si vede che l'Italia fu delle prime a riconoscere scientificamente il metodo. Nacquero tosto fautori ed oppositori e la lotta dal campo medico non tardò a passare nel teologico, accapigliandosi per bene sul lato morale della questione. Carrani, Santorelli e Bianchi ci scrissero contro. Un prete Camaldolese da Faenza ne sostenne per ordine della Curia Romana l'opportunità in vista del Battesimo dell'infante, e del feticidio a cui conducevano le proposte degli oppositori. Il Salio riepilogando la questione sostenne l'opinione dei teologi asserendo che l'uccisione del feto per salvare la madre *est facinus et impium velle foetum viventem interficere, aut abortum curando.* Sono troppo chiare le parole del medico romano contro la proposta dell'Hunter per aver bisogno d'ulteriori spiegazioni.

L'appoggio generale a cui nel 1700 si unì quello dei capi scuola francesi, fece accettare dai più l'atto operativo in questione; il Melzi e l'Asdrubali scrittori sul finire del secolo decimottavo e principio del nono lo raccomandarono e descrissero nei loro manuali; non così verso la medesima epoca il Monteggia che traducendo e commentando l'Arte ostetrica di Stein non divide l'opinione favorevole sulla gastro-isterotomia in genere nella pelvi stretta, e stante l'insuccesso da lui ottenuto in alcuni casi lo rigetta. Le risultanze del taglio cesareo in Italia verso quel tempo non erano certamente differenti dagli altri siti e bastano a spiegare la riluttanza del Monteggia, ed il favore con cui verso il principio di questo secolo venne accettato il parto prematuro quale àncora di salvezza tra le operazioni cruente sulla madre o sul feto. Come pure è in quest'epoca ed al medesimo scopo che noi vediamo proporsi dal Galbiati la pubio-sinfisiotoma che ebbe favore presso la Scuola di Napoli. Come si sviluppò in Italia il parto provocato prematuramente nel vizio pelvico? Come lo si considera oggidì? Quali ne sono le sue indicazioni? Dirò di ciò in breve e solamente di passaggio.

CAPITOLO II.

Parto provocato sul vizio pelvico. — Brevi cenni.

Poco sorridenti erano i destini del taglio cesareo sulla vivente al principio del secolo come già scrissi. Si avvicinava l'epoca in cui si sperò da alcuni di vederlo sparire o quasi radiato dal novero delle operazioni ostetriche; ciò non ostante che i risultati nella prima metà di questo secolo non fossero così tristi come nei tempi scorsi. Dalla statistica dal Majer raccolta si osservava già un miglioramento notevole nei risultati — così su 1605 fatti presi nell'Europa tutta vedo riportate 738 guarigioni di madri cioè il 54 0|0 di successo per la genitrice. L'Harris assegna negli

Stati Uniti d'America al 46 0[0 la media dei risultati ottenuti per la madre. È ben vero che contemporaneamente il Breit accenna a tinte più oscure cioè al 66 0[0 d'insuccesso, ma stante l'incompleta raccolta fatta non può quest' ultima cifra avere gran peso. Tutto sommato l' ostracismo assoluto anche allora doveva essere sconfessato. Molti allora coll'aborto e parto prematuro credettero di sepellire il taglio cesareo. Il parto prematuro artificiale comparve tardi in Italia. Si deve all'influenza della Scuola francese il ritardo dell'applicazione sua in Germania ed in Italia. Proposta dal Lovati e Bongiovanni presso noi l'anticipazione del parto nel vizio pelvico venne la prima volta in Italia impiegata dal Clinico pavese nel 1825, cioè cinque anni prima che lo Stoltz eseguisse quest'operazione in Francia e 20 anni dopo che il Wenzel l'aveva praticata in Germania. Ottenne tosto il plauso universale. De-Billi la sanzionò coll'estesa sua pratica. Nei congressi italiani di Padova (1842) Lucca (1843) vediamo gli Ostetrici scendere alla discussione armati di buonissime ragioni e ciò che più monta con ricca messe di fatti clinici. Il vero limite del parto anticipato in Italia fu dai più giustamente fissato e non si scese che da pochi alle esagerazioni di oltralpe. Esso non invase in generale il campo delle operazioni cruente, quando fatalmente sono richieste dalla gravità delle viziature.

Lo spirito della pratica eminentemente conservatore fu giustamente interpretato dai più, e non permise alla ostetricia italiana di traviare. L'aborto fu severamente giudicato. Esso non destò l'entusiasmo anzi ben pochi se ne fecero ardenti propugnatori Scrissero contro l'aborto ostetrico la maggioranza tutta ed al giorno d'oggi la perfezione ottenuta colla gastro-isterotomia ne rende le indicazioni limitate a quei casi in cui un giusto diritto materno ne richiede l'effettuazione. Ciò pel suo impiego nel vizio pelvico. Tra gli oppositori accennerò all'Aliprandi di Torino ed al suo successore il Giordano che lo vollero circondato dal più rigoroso scrupolo scientifico. Pochi ne furono i fautori, il Raffaele

che nel suo trattato a pag. 361 lo rinnega, e se ne fa più tardi difensore. Il Finizio nel Congresso di Siena del 1862 lo sostenne ad oltranza, ma non ebbe nelle sue conclusioni la maggioranza favorevole. Il Vannoni che presiedeva, fece votare la sospensiva a grande maggioranza sulla proposta dicendo essere necessarii nuovi studii e fatti clinici prima di conchiudere. Questo voto spiega la riluttanza dei più ad accettare la pratica, non stante l'entusiasmo del Finizio che dimenticando date, per dare maggior peso al suo modo di vedere credette d'essere il primo a porlo in opera nell'Italia il 30 gennajo 1862, attirandosi giustamente una rettifica dal Chiara allora Assistente della Clinica Ostetrica di Torino che nel suo rendiconto mise in sodo averlo già il Giordano praticato sino dal 1857.

Tanto si fu corrivi ad accettare la prima delle proposte inglesi, altrettanto si fu cauti nell'ammettere la seconda; il favore pel parto prematuro artificiale anche presso noi falsò in alcuni casi lo spirito suo come è noto. Che questo poi si debba qual succedaneo alla gastro-isterotomia nella vivente ai nostri giorni, rigettare è dalla pratica comune dimostrato. Applicandolo dobbiamo ognora aver di mira il suo scopo conservatore per amendue gli esseri; scopo che perde relativamente al feto allorchè o deve essere impiegato nel settimo mese o chiama a soccorso le operazioni complementari. Meglio un'embriotomia a termine per la madre, che una doppia operazione come il parto provocato in connubio col forcipe, rivolgimento, cefalotripsia e tanto meno poi colla sinfisiotomia; quale poi sia il vantaggio che può ritrarne un feto con parti poco resistenti dalle manualità necessarie per la sua estrazione è inutile ch'io lo discuti. Se ci sono esiti, questi analizzati sono così effimeri che non valgono la pena di far correre alla donna il pericolo della mortalità propria all'atto operativo in questione, per favorevole ce la presenti la statistica di alcuni.

Da una statistica da me diligentemente raccolta presso i varii Istituti italiani chiaramente risultano questi due fatti. Che al di-

sotto ed al disopra d'un certo grado il risultato del parto provocato non può assolutamente compararsi, con quello dell'operazione cesarea, e dell'attesa del parto naturale, cosa di cui però si è già dalla maggioranza convinti. L'esito brillante da alcuni vaticinato in favor della madre ha pure un limite, mentre pel feto poi lo si può ritenere a dirittura nullo. Parlino per me le cifre.

Parti provocati nel vizio pelvico raccolti da alcuni rendiconti italiani dall'anno 1851 *al* 1880.

AUTORE e LUOGO	ANNO	N. Parti Provocati	Feti morti	Madri morte	Medie proporzionate su 100
Casati – Milano	1864-1868	73	38	12	Mortalità per il feto 59,62 °/o
Porro – id.	1868-1870	18	14	7	
Grassi – id.	1871-1872	13	4	2	Id. per la madre 21,15
Chiarleone–id.	1873-1874	17	11	5	
Chiara – id.	1876-1877	8	6	1	
Cazzani – Pavia	1855-1869	13	9	1	
Piazza – Palermo	1855-1874	13	3	0	
Viviani – Genova	1854-1866	12	6	5	
Chiara e Calderini Parma	1869-1878	2	2	2	
Reglisti – Torino	1851-1880	40(1)	33	13	
		209	126	48	

(1) Dal 1875 al 1879 3 sole applicazioni pel cattivissimo esito della pratica col limite massimo di 78.

Nella Clinica dal 1858 al giugno 1875 su 5356 parti si provocò 10 volte l'aborto prematuro. La mortalità delle madri nell'aborto fu nullo. Nel parto prematuro del 32,4 °/o. Nel feto poi del 69,3.

Da questo quadro relativamente al feto l'esito sarebbe ancor più favorevole che non quello dato da molti autori. Bisogna però osservare che la vita del feto fu pei varii scrittori da me compresi nel quadro, contemplato, solo pei momenti dopo il parto e che allontanato il neonato dalle sale dell'Ospizio più non ci si

badò. È indubitabile che se noi cerchiamo le conseguenze ultime del parto prematuro il risultato vitale del feto si aggrava notevolmente. Così per tenermi solo a preferenza a studii italiani il Chiara assegna al feto nel parto prematuro in un suo scritto il 66 0|0 di mortalità ed alla madre il 6 0|0. Da nuovi studii suoi fatti più tardi ed esposti nelle conferenze cliniche tenute nell'anno in corso a Santa Caterina, studiando il movimento clinico di 12 anni nell'Ospizio milanese trovò la mortalità ascendere al 74 0|0 pel feto e per la madre al 24 0|0. Porro giustamente distinguendo il risultato reale dall'apparente, fissa la mortalità al 74 0|0 per il figlio, al 23 1|4 per la madre. L'Agostini che sostenne il parto prematuro quale sostitutivo in molti casi felice del taglio cesareo, assegna al feto una mortalità apparente del 52 0|0, reale del 93 0|0 cercando nell'ultimo risultato le conseguenze dell'operazione; ottenendo in complesso pei due esseri il 19 0|0 per la mortalità apparente ed il 49 0|0 per la reale. Per cui il taglio cesareo che anche prima del processo di Porro dava nei suoi definitivi risultati la mortalità complessiva pei due esseri del 47 0|0 non sarebbe stato così sfavorevole nel vizio pelvico come l'anticipazione del parto. Ritenendo anche per giusta l'obiezione mossa dal Belluzzi all'Agostini per ciò che riguarda numericamente la mortalità del feto, ed accettando la riduzione del 93 al 73 nella cifra reale, si ha sempre un esito ben poco favorevole per chi voglia seguire lo spirito della scienza nostra. Per parte mia sia dall'esame attento dei rendiconti come dallo studio diligente dei numerosi fatti clinici diffusamente riportati nei registri della Scuola di Torino, potei convincermi di questo vero che il massimo di mortalità pel feto e per la madre si ottiene precisamente allorchè s'interrompe la gravidanza in bacino ristretto sotto ai 70 millimetri, seguendo per la viabilità le norme in genere accettate dai moderni ostetrici.

È ben vero che di poco si allontana la cifra limite assegnata dai varii autori. Scarsi sono in Italia coloro che accettano il 6 cent. 1|4 che il Balocchi propose. Due terzi della mortalità

la trovai precisamente nella provocazione dai 65 ai 70, e quindi posti questi risultati ad equo confronto con quelli del taglio cesareo modificato la bilancia pende a 70 ancor sempre in favore di quest'ultima operazione. Infatti sui 45 casi a tutt'oggi da me conosciuti e di cui 22 sono italiani e 23 esteri come si vede dall'unito quadro favoritomi dal Mangiagalli, trovò una mortalità complessiva del 55 0|0 per la madre. La sola S. Caterina di Milano registra 6 operazioni, 4 eseguite dal Chiara e due dal Mangiagalli con 4 esiti felici, se a questi si aggiunge la sicura vita del feto e si considera che l'atto operativo è tuttora in fasce, spontanea riesce la deduzione che l'ovaro-isterotomia sotto ai 70 mm. è nei risultati ultimi più favorevole che il parto anticipato artificialmente in analoghe condizioni.

OPERATORI ITALIANI	NUMERO delle operate	GUARITE	MORTE
Porro	1	1	—
Tibone	3	1	2
Peyretti	1	—	1
Berruti	1	1	—
Perolio	1	1	—
Coggi	1	—	1
Inzani	1	—	1
Chiarleoni	1	—	1
Valtorta	1	—	1
Franzolini	1	—	1
Previtali	4	—	4
Chiara	4	2	2
Mangiagalli	2	2	—
	22	8	14

Mortalità di S. Caterina 33.33 0|0

Mort. ital. fuori di S. Catt. 75 0|0

Mort. compless. italiana 63.63 0|0

5 Marzo 1880.

OPERATORI ESTERI	NUMERO delle operate	GUARITE	MORTE
Storer	1	—	1
Hegar	1	—	1
Spaeth	2	1	1
Braun C.	5	3	2
Braun G.	1	—	1
Müller	1	1	—
Wasseige	2	1	1
Litzmann	1	—	1
Breisky	1	1	—
Riedinger	1	1	—
Fehling	1	—	1
Focher	1	1	—
Tarnier	2	1	1
Lucas Campionniere	1	1	—
Prevost	1	1	—
N. N. (Mosca)	1	—	1
	23	12	11

Mortalità 47.82 0|0.

Mortalità complessiva 55.55 0|0.

So che il parto provocato fuori delle Maternità è coronato da esiti più felici come chiaramente dimostra il Belluzzi in un suo pregiato lavoro. Da quello scritto si rileva che la mortalità del feto si fu solo in quest'operazione nella pratica civile del 51 0[0; essendo quasi nulla per la madre. Da una lettera particolare, ove mi fa sperare vicino un suo nuovo lavoro sull'argomento, rilevo che l'operazione in queste condizioni continua coi medesimi auspicii. Quest'esito favorevole potrebbe essere interpretato un po' tratto favorevolmente dai fautori; ma se noi cerchiamo la cifra limite, la troviamo precisamente là ove per noi tutti termina il parto provocato e comincia il taglio cesareo. Ma vi ha di più. È un fatto certo che il maggior numero delle morti fetali si deve alla precoce anticipazione cui si deve scendere allorchè il limite è disotto ai 7 cent. Tra le probabilità della vita del feto sul fine del nono mese e principio dell'ottavo o fine del settimo esiste si può dire un abisso; e questo è ammesso da tutti. Quindi non è utopia l'augurare che l'ovaro-isterotomia cesarea invada per pochi millimetri il campo del parto provocato per risparmiare forse non poche vite. È essenziale l'osservare che la distocia pelvica per due terzi si eseguisce nelle Maternità specialmente per ciò che riflette il vizio grave.

Scarso è il contingente odierno dato dalla pratica civile e quindi deve essere nostra cura di cercare rimedio ai mali che affliggono pure le maternità, e studiar di migliorare in ogni modo la statistica di queste. Ciò per il limite inferiore a cui si deve scendere per la provocazione del parto. Ben più importante è lo studio dello spostamento che le moderne cognizioni fecero subire alla cifra limite superiore e su cui è merito trattenerci brevemente. Una modificazione radicale si può dire compiersi in questi giorni.

Il Giordano partigiano del forcipe nelle pelviche ristrettezze, lasciando largo campo nel parto all'aspettativa già nel 1860 esprimeva l'opinione che il parto prematuro nel vizio pelvico sopra gli 80 era molte volte operazione inutile come molti fatti clinici

lo avevano persuaso. Chiaramente questa sua idea si può rilevare dai rendiconti e registri fatti sotto la sua direzione clinica ed in alcuni punti della sua quinta prelezione. (Dei vizii pelvici nel matrimonio). Con lui medesimamente pensarono Gargano, Golinelli, Pastorello e Balocchi che nel parto a termine giunse a consigliare l'aspettazione sino a 74 millimetri. Tutti questi partigiani del forcipe nella distocia pelvica fecero col loro modo di vedere sulla questione un bene reale, stantechè aspettando soventissimo viddero compiersi colle sole forze naturali un parto che si riputava distocico ed artificiale, e gettando il dubbio sulla problematica utilità del parto anticipato nei casi in cui il diametro più ristretto era superiore di qualche millimetro agli ottanta, aprirono l'adito alle nuove idee che in Italia trovano oggidì diffusa applicazione.

Tibone, Chiara, Porro si posero francamente sulla medesima via, e mentre l'ultimo proclamava nei suoi scritti *operazione inutile la anticipazione del parto* allorchè il bacino misurava più di 83 mill., i primi dimostrarono agli allievi colla pratica clinica che nel bacino piatto ristretto ad 8 cent., il parto a termine spontaneo è la regola e non l'eccezione come alcuno sul principio asseri. E che così succeda generalmente si può molto bene dimostrare. Le richieste relativamente scarse dell'Ostetricia nella pratica privata per vizii pelvici nella donna in sopprapparto, posta in relazione colla generale frequenza del vizio pelvico, sono lì per attestare ciò che io dissi. Infatti la media dagli autori assegnata pel vizio pelvico dal 14 al 20 0|0 sulla totalità dei bacini femminili confrontata colle scarse operazioni fuori delle maternità, dimostra che in molti bacini ristretti il parto si compie senza bisogno di soccorsi ostetrici. È noto che nella pratica della Campagna ove il bacino piatto e il vizio pelvico verso gli 80 sono numerosi stante la continua esistenza d'una delle cause produttrici, maggior cammino e lavoro precoce della ragazza, le richieste ostetriche sono nel più dei casi d'origine fetale, cioè per presentazioni trasver-

sali, presentazioni che servono pure a dimostrare la frequenza del vizio pelvico, e non per teste arrestate da pelviche ristrettezze.

Vi ha chi vorrebbe far scendere ancor più in basso l'aspettazione nel parto pel vizio pelvico. Così il Freund a Strasbourg m'asseriva che l'aver visto e non poche volte questa funzione nel bacino piatto compiersi normalmente a termine allorchè il bacino misurava dai 75, 76 millim. Il che lo persuase dell'inutilità d'anticipare il parto in questi casi, ritenendo essere da preferirsi per gli esiti un'applicazione di forcipe, ove l'espulsione non si compisse all'anticipazione del parto. Di quest'ultima cosa nella Clinica di Torino si è perfettamente convinti. Ad 8 cent. la gravidanza nel bacino piatto non la si interrompe. È vero che nel bacino uniformemente ristretto e nell'obliquo, cioè ogni volta che manca lo spazio ai lati bisogna camminare con maggior cautela Pella prima di queste due anomalie si potria sino ad un certo punto osservare che l'atrofia generale scheletrica compagna molte volte di quella osservata nel bacino, si ripercote sul feto che in questi casi è generalmente di volume scarso; come devesi osservare che nel bacino viziato soventi il parto scoppia naturalmente prematuro e quindi rende inutile ogni precoce intervento artificiale. Del parto provocato nel vizio pelvico coi connubii cruenti sulla madre e sul feto quale sostituzione del taglio cesareo già dimostrai che la logica ne fece severa ragione e la statistica ne dimostrò le poche favorevoli probabilità.

Che all'embriotomia sul feto vivente tacitamente da molti in Italia praticamente pure ammessa, debbasi dopo i risultati della ovaro-isterotomia ragionatamente cessare è troppo chiaro per potersi discutere. I progressi dell'ascoltazione ostetrica hanno sulla questione tolto ogni dubbio. Embriotomizzare feti viventi nel più dei casi non deve più essere possibile, attenderne la morte sarebbe sconoscere i progressi tutti della terapia ostetrica. Qualunque sia il processo embriotomico, ricco, ricchissimo di brillanti esiti si deve procedere cauti nel condannare a morte certa una vita oggidì

che le probabilità in favore di amendue gli esseri sono di molto aumentate col taglio cesareo. L'ostetricia italiana che così a malincuore vide l'aborto ostetrico proposto per troncare la questione in sul nascere, e fu solo spinta dalla necessità a servirsi delle migliorie che l'ostetricia straniera portava ai rozzi strumenti embriotomici che dovevano condurla alla conclusione delle Scuole di Parigi, forzatamente ammettendo l'audace ed immorale proposta, accettò con entusiasmo la comparsa del taglio cesareo modificato e lo salutò come àncora di salvezza nel più dei casi. L'embriotomia ad ogni costo non s'impone più come *dura lex sed lex.*

Questa speranza d'un miglior avvenire si trova di quando in quando espressa dagli autori; ed allorchè il Giordano scriveva: essere causa dell'abbandono del taglio cesareo il quasi costante insuccesso e che questa operazione poteva diventare di riuscita normale, specialmente se meno sfiduciato si ricorreva in tempo e con metodi acconci; e che il Chiara in una sua prelezione a Parma (1870) diceva: che non intendeva portare un giudizio definitivo sfavorevole su quest'operazione, che sperava in tempi migliori; vaticinavano amendue la brillante vicina riuscita; e non erano sogni di disquisizioni teoriche ma giusta deduzione dei fatti, e specialmente della generale riuscita dell'ovariotomia. Il successo dei primi anni loro diè ragione e sostituì con profitto in varii casi il taglio cesareo all'embriotomia; purchè continui!

Ma a feto morto con vizio pelvico non assoluto quale sarà il contegno dell'ostetrico ove il bacino abbia sufficiente capacità? Allorchè cessano gli scrupoli pel feto e che l'operazione cesarea è assolutamente dagli interessati rifiutata quale sarà la via operativa per cui si dovrà porre il chirurgo? Darà la preferenza al cefalotribo od al cranioclasta?

CAPITOLO III.

Cenno storico-critico sul cefalotribo.

Monteggia nel 1800, nella già citata prefazione alla traduzione dell' arte ostetrica di Stein, tra le savie considerazioni generali che espone, dimostra la necessità che nella cassetta ostetrica abbia pur posto « una tanaglia atta a schiacciare frangendo, ossia » ridurre forzatamente a minor larghezza la base del cranio, dopo » lo svotamento del cervello », osservando essere molte volte la semplice perforazione insufficiente al parto, obbligandosi così l'ostetrico a ricorrere per manco di mezzi in tali frangenti al taglio cesareo in tristi condizioni.

Era questa tanaglia l'ideale ostetrico che invano si cercava dagli operatori. Ne fanno fede gli scritti ed i tentativi dei varii autori nei varii strumenti proposti. Ma vicini a Monteggia troviamo proposte che già più si avvicinano alla meta bramata. Trovato il forcipe il passo al cefalotribo non doveva mancare. Inrobustito il primo era possibile che aumentandone la potenza dovesse riuscire a schiacciare le parti compresse tra le sue branche. Mezzo più innocuo per la madre non si poteva a quei tempi desiderare. Non angoli acuti, non punte, quindi non pericolo di lesione diretta sulle parti molli del cavo pelvico. Seguendo quest'idea noi vediamo Coutouly nel 1788, Delpech Lauverjat, Cliet ed Aitkens in seguito inrobustire la classica tanaglia del Chamberlin alle cucchiaja, mentre Petit e Osiander aggiungevano un apparecchio di compressione ai manici onde aumentare la potenza alle parti superiori, cercando tutti in vario modo d' arrivare al frangi-capo in questione.

Niuno però, a detta stessa degli stranieri, s'avvicinò alla soluzione del problema come l' italiano Assalini. Questi col proporre

il suo strumento e nello scritto esplicativo annesso, si mostrò non solo abile nel riconoscere i bisogni presenti, ma seppe molto bene predire ed in parte prevenire le obiezioni future alla cefalotripsia esterna. È un fatto, come fu osservato da un distinto scrittore di cose ostetriche italiane che nel forcipe compressore dell'Assalini si trova qualche cosa di più che il germe del futuro cefalotribo francese e che giustamente si dovrebbe da noi rivendicare la primizia della scoperta. Più tardi, solo nel 1829, troviamo proposto alla Scuola di Parigi dal Baudeloque il classico strumento che tanto rumore doveva fare. Nel 1829, e non nel 1839, come da alcuni erroneamente fu scritto, comparve la proposta. Sono note le cause che spinsero Baudeloque nipote a cercare per altre vie la risoluzione del problema nel parto distocico per grave viziatura pelvica. L'insuccesso costante in Parigi del taglio cesareo aveva non ostante l'autorità dei maestri, alienato l'animo di tutti da esso. Frequenti catastrofe susseguivano alle embriotomie fatte coi strumenti primordiali. L'aborto provocato era battezzato come un delitto; poca fede prestavasi al parto provocato perchè tosto si riconobbe non potersi con esso provvedere con successo nel più dei casi di gravi vizii pelvici. L'entusiasmo e la rapidità con cui si diffuse la pratica del cefalotribo si deve all'aver trovato un terreno favorevolissimo stante la generale sfiducia negli altri mezzi.

Il primo vero battesimo ostetrico allo strumento francese fu dato il 14 gennaio 1829 alla presenza di Dubois e Desormeaux in una donna in soprapparto a termine con vizio pelvico di 2° grado. L'esito fu brillante. Nel medesimo anno lo troviamo presentato all'Accademia Medica parigina, dal fortunato suo ideatore, accompagnato da una lettera esplicativa. In essa chiaro si dimostra il concetto primo dell'autore. Il cefalotribo, secondo lui, era strumento di certa riuscita e da applicarsi sulla testa intatta, non perforata nè svotata del contenuto, allorchè il vizio pelvico misurava più di 54 millimetri. Insisto su questi particolari perchè

è ad essi che si deve l'insuccesso e la diffidenza con cui fu da molti nei primi anni guardato il cefalotribo. Quando più tardi i partigiani con Baudeloque alla testa riconobbero il bisogno della perforazione previa, le opposizioni in Francia andarono man mano scemando in modo che poco ci volle a far diventare piccola minoranza la grande maggioranza che poco prima lo respingeva. La storia del cefalotribo è per sè stessa complessa e va analizzata e studiata sia per ciò che riguarda la tecnica operativa, sia per le modificazioni che furono fatte subire allo strumento primitivo, sia pure per ciò che riguarda le indicazioni pelviche materne e le vitali del feto.

Sul principio il collegio medico di Parigi non se ne curò punto. È solo tre anni dopo in occasione della presentazione della prima memoria di Baudeloque, corredata da vari fatti clinici che l'attenzione dei chirurghi adunati si fissò sulla nuova pratica, e furono incaricati Boyer e Dumeril per studiare e riferire in proposito. Le conclusioni non riuscirono favorevoli. Già sin d'allora (1835) l'immane mole dello strumento spaventò i giudici; l'impossibilità poi di affermare la morte del feto e quindi la paura che si schiacciasse il cranio d'un feto vivo lo fece rigettare e proporre di continuare nei vizi gravi a praticare la gastro-isterotomia. Nonostante il parere della commissione il bisogno era tale che gli animi di alcuni maestri non si inchinarono all'autorevole verdetto, anzi presero apertamente a sostenerlo. Cominciò allora una lotta scientifica tra cesaristi ed embriotomisti, ed in seguito questi ultimi dividendosi pure nel modo vario di vedere per l'applicazione sua, ne studiarono e posero in sodo la pratica utilità. Basta gettare uno sguardo retrospettivo sulle importanti modificazioni portate al cefalotribo Baudeloque e paragonarlo con quello fenestrato per convincersi del bene che fece questa gara ostetrica. Dalla discussione ne nasce ognora il vero scientifico.

Alla critica del Boyer di Parigi e del tedesco Papius risposero

Dumont e François, nonchè lo stesso Baudeloque in una seconda memoria edita nel 1833. Comparvero tosto fra i fautori le discussioni circa il modo e l'opportunità nell' impiego del metodo. Chi lo volle buono solo a testa perforata e svotata, chi a testa integra; chi lo raccomandò solo per lo schiacciamento, altri lo ritenne pure come strumento traente; chi lo interdì assolutamente a feto vivo; altri più corrivo lasciò subito correre sulla quistione proponendo che si aspettasse, come Mauriceau, la morte, o si schiacciasse il feto anche vivo. Di esso si può dire *tot capita tot sententiæ.* I perforatori poi si divisero in coloro che volevano la craniotomia per lo strumento già applicato; altri consigliarono d'aspettare ad applicarlo dopo svotato il cranio. Oscillazioni grandissime si osservarono nel limite della sua applicazione. Così da 28 mm. lo vediamo salire a 68; ed in mezzo a questo mare di pareri diversi vi fu chi non ne volle sapere e rigettò la pratica o tenendosi al taglio cesareo o ricorrendo ad altri mezzi di embriotomia.

Già lo dissi che ad arrestare la marcia del nuovo metodo contribuì l'incapponirsi nell'applicazione a capo integro. Contro questo modo di agire s'elevò tosto il Kilian, e la sua voce trovò fautori numerosi nella Scuola stessa di Parigi. Alle varie obiezioni rispose con diverse memorie il Baudeloque. Così oltre le due già accennate ne troviamo una nel 1834 in cui parla e difende la proprietà traente dello strumento. L'altra nel 1836 importantissima, in cui edotto dai fatti e dai consigli, ammette nei bacini a 54 millimetri di ristrettezza la necessità della perforazione, inoltre in essa propone ove il vizio scenda ai 38 millim., il connubio del suo metodo colla sinfisiotomia, per evitare il taglio cesareo; proposta che troviamo risuscitata nel 1867 dall'italiano Jacolucci e che non ha neppure il pregio della novità. L'ultimo scritto dell'ostetrico francese comparve nel 1842; esso serve di compendio alle varie opinioni e ci presenta la pratica come la si trova ora in uso nella Scuola di Parigi fissando definitivamente

il limite inferiore a 55, insistendo sull' astruso connubio di cui parlai e chiama in ultimo che lo strumento venga officialmente adottato nelle Maternità francesi.

La relazione di Moreau e Villeneuve, incaricati dal Ministero di esaminare la domanda, mostra chiaramente quanti avversari potenti avesse ancora il cefalotribo 13 anni dopo la sua comparsa. Le non graziose proporzioni si guadagnarono una critica acerba dai due ostetrici, che inoltre battezzarono per solenne utopia l' idea d'associare il nuovo strumento alla sinfisiotomia in casi di gravissima ristrettezza. Questo modo di pensare sulla cefalotripsia esterna è chiaramente pure espressa nel Trattato ostetrico del primo di questi due autori al capitolo della cefalotomia. Si può dire però che questa fu l'ultima opposizione ufficiale e che i fautori edotti dalle critiche con opportune modificazioni cercarono di emendare le pecche e rispondere con radicali migliorie a chi aveva loro rivedute le buccie. Queste proposte ebbero specialmente in mira di diminuire il volume, alleggerirne il peso senza togliere forza allo strumento. Chi cercò ciò studiando un modo migliore di compressione; chi si rivolse ad assottigliare lo strumento, chi a diminuirne le proporzioni.

Già sino dal 1832 nella prima tesi di François compaiono le innovazioni, ed infatti il cefalotribo di cui in quei anni si servì il Dubois, modificato dal Locarelli è diverso nel volume come nell'apparecchio di compressione dal primitivo. L'articolazione non è più ad incastro come l' inglese, ma analoga a quella del forcipe tedesco, ciò per renderla più fissa. Alla lunga ed interminabile manovella di Baudeloque venne sostituita una vite mobile girante attorno ad un perno breve, congegno più semplice, di poco volume e che vediamo in seguito adottata dal Blot e dal Braun e Barnes pei loro cranioclasti. Chailly adottando per l'articolazione il sistema Locarelli, segue per ciò che riguarda la compressione l'esempio del Breit e con una correggia all' estremo dei manici procura lo riavvicinamento delle cucchiaje ; analogamente il

Depaul colla sua catena metallica alla Vaueason. L' apparecchio di compressione in Francia fu pure modificato in ultimo dal Gujon che sostituì quello a denti ed incastro, semplice è vero ma non sicuro. Riassumendo le modificazioni principali che si fecero subire al cefalotribo, esse si riducono ad una per l'articolazione ed a tre per l'apparecchio di compressione. Le variazioni dai vari ostetrici proposte si aggirano attorno a queste fondamentali. Innumerevoli però sono i modi con cui si variò il cefalotribo per ciò che riguarda le dimensioni dello strumento. Si può dire che dal 1830 ai nostri giorni ogni ostetrico francese presentò il suo cefalotribo. È però merito l'accennare a quelli di Chailly, Cazeaux ed in ultimo a quello di Tarnier per ciò che spetta alla direzione delle curvature pelviche e cefaliche assegnate allo strumento; noterò di passaggio la rugosità di cui il Blot forni l' interno delle sue cucchiaja per renderne più sicura la presa; nonchè alla disposizione data alla direzione delle branche dal Vallette di Lione che nel 1858 propose un suo cefalotribo complesso, provvisto di perforatori ed uncini speciali alla punta delle cucchiaje per impiantarli sul cranio fetale; l' autore diede una direzione parallela alle branche, fece a meno dell' articolazione credendo in questo modo di renderne maggiore lo scarso potere traente. Ciò per la parte materiale dello strumento. Veniamo ora allo studio storico delle indicazioni.

In Francia si fu dove si osservarono le oscillazioni maggiori circa la cifra limite, nonchè ove le più ardite innovazioni furono suggerite. Così è dalla Scuola di Parigi che vediamo uscire la cefalotripsia ripetuta, impropriamente chiamata processo del Pajot, e la cifra limite più inferiore da quest' autore pure fissata a 28 millimetri. Nonchè è presso gli ostetrici francesi che sorse e venne eseguita l' idea della cefalotripsia ad oltranza in favore della madre e senza restrizioni nè eccezioni in merito della vita del feto. Baudeloque in omaggio dei tempi aveva premesso per condizione all'applicazione dello strumento suo, la riconosciuta morte

del feto. Dapprincipio i fautori suoi se ne fecero uno scrupolo di ripetere nei loro scritti questa frase in favore del feto. Però pochi anni dopo tacitamente in pratica si scivolò dai più su questa restrizione della coscienza e la cefalotropsia a feto vivo se teoricamente era sconfessata, praticamente veniva praticata.

Si fu primo il Chailly che rompendola cogli scrupoli e colle reticenze postume pose alla luce del mondo questo agire degli ostetrici e traducendo in parte ciò che praticamente si faceva, sostenne e scrisse quel motto così caro alla Scuola di Parigi: doversi ognora fare il sacrificio del feto quando l'interesse della madre lo richiamava; frase che suona tutto favore per la madre ma pel feto è crudeltà eccessiva. L'attendere la morte del feto per non incorrere in una tacita accusa di feticidio fu dai più lasciato. La cefalotripsia esterna a feto vivo fu dimostrata opportuna dal fatto che più presto si applicava migliori ne erano gli esiti per la madre. Il medesimo assioma lo troviamo poi enunciato dal Braun più tardi in favore dei cranioclasti. Come la medesima opinione è oggidì sostenuta dai moderni cesaristi in favore di amendue gli esseri. Più sollecito è l'intervento ostetrico maggiori sono le probabilità di riuscita. Il cefalotribo in Francia raggiunse il colmo della sua gloria, ed è dove trovò i suoi più abili applicatori e fervidi sostenitori. Dubois, Chailly, Danjau, Stromeyer, Velpeau, Blot, Cazeaux, Pajot, Depaul e Tarnier, questa illustre plejade dell'ostetricia francese, ricavarono dall'impiego suo ciò che era umanamente possibile in favor della madre ed in sfortuna del figlio. La pratica dello strumento è estesissima e non accenna punto a diminuire. Pur troppo che anni ed anni ancora ci passeranno prima che la sorte del feto sia per migliorare in Parigi. Dal 1830 al 1878 vediamo l'aborto e la cefalotripsia esterna regnare sovrani nell'indicazione vizio pelvico grave nonostante che il cefalotribo applicato al disotto dei 65 millimetri dia pure a Parigi dei risultati analoghi all'antico taglio cesareo. Dalla sola relazione di William Jones raccolta nell'ospedale Clinico di Pa-

rigi su otto applicazioni fatte al disotto di questa cifra s' ebbero cinque decessi, mentre al disopra su 16 operate due sole morirono. Speriamo che i recenti trionfi di Tarnier, Frogier e Lucas Championnère coll'operazione del Porro servano almeno a moderare nella pratica civile francese l' embriotomia a feto vivente. Come fu ricevuto il cefalotribo dalle altre nazioni?

Per ciò che riguarda le indicazioni ed il modo d' impiegarlo, oso dire che il cefalotribo deve riconoscere per madre tanto la Germania quanto la Francia. Se pochi anni dopo la nascita sua, questo strumento corretto dalle magagne potè essere presentato e raggiungere l' apogeo lo si deve agli studii e consigli degli ostetrici tedeschi. Questi pei primi seppero valutare quanto di buono ci fosse in esso ed indicarne il male.

La sua sorte in principio fu poco felice nelle Cliniche Germaniche. Papius nel 1832 rompe una lancia in favore della classica perforazione contro Baudeloque ed inneggiando agli uncini apre il fuoco contro il cefalotribo, dichiarandolo strumento inutile. L'esperienza fattane del Ritgen avendo avuto per corollario un insuccesso lo fece condannare dal Osiander figlio che nel 1833 lo battezza strumento da ostetrico di vacche e di giumente. Nel medesimo anno Ivery osservando che il diametro opposto all' afferrato tra le branche e pel manco di spazio compresso tra queste, deve aumentare nel senso delle coniugate, comprimere le parti ed opporsi all' estrazione, lo rigetta. Busch, Henning, Kilian in quel tempo esprimono la medesima opinione, per cui nel primo decennio il cefalotribo ebbe poco successo e, tolto Carus, gli altri ostetrici quasi universalmente lo respinsero. Fu questo un periodo preparatorio, di prove e controprove utilissimo allo studio della pratica.

Nel 1840 Kilian e Busch spinti dai trionfi francesi modificano il loro modo di vedere; lo accettano, ma mettono come condizione assoluta l'applicazione sua sulla testa perforata. Erano già comparse le esperienze dell' Hersent che tanta luce portarono

nella questione. Lo strumento dovevasi, secondo i due primi, usar solo come schiacciatore e giammai come trattore, essendo specialmente in quest'ultimo modo di agire che nascono gli inconvenienti. Cosa di cui si è oggidì persuasi per ciò che riguarda il cefalotribo pieno. Kilian era talmente convinto dei danni nella trazione col cefalotribo sulle pareti pelviche che consiglia d'attender piuttosto l'espulsione anche d'un feto passato a macerazione. Naegelé, già prima oppositore, passa in quest'epoca pure tra i fautori, mentre che Grenser, Siebold e Stein il giovane continuano a combatterlo ad oltranza. La comparsa della memoria dell'Huter (1842) convertì molti increduli e vinse molte riluttanze. L'Huter poco si curò nell'applicazione se il feto fosse vivo o morto, questione inutile secondo lui, stante che era impossibile conoscere nel momento dell'applicazione il preciso stato del feto, opinione che dimostra la niuna conoscenza che aveva della scoperta del Major. Esso ha il torto di non accettare la craniotomia preventiva dichiarandola inutile e di consigliare l'applicazione reiterata per schiacciare il tronco.

La sanzione definitiva della pratica s'ottenne più tardi nel 1846 al Congresso Ostetrico di Berlino. Per ciò che riguarda l'applicazione dello strumento sul feto morto o creduto vivo, si lasciò libera la scelta alla coscienza individuale, ma la maggioranza si pronunciò per un pronto intervento e così tacitamente sanzionò le idee della Scuola di Parigi in favore della madre. La cifra limite della sua applicazione fu dai più fissata a 54 millimetri, si annuì però all'idea di Credè di praticare la cefalotripsia esterna collo strumento di Baudeloque sino a che lo strumento trovasse sufficiente spazio per essere posto in sito e di tentare reiteratamente con esso lo schiacciamento, anche in sedute varie; idea che più tardi fu dal Pajot risuscitata. L'assemblea respinse l'idea di Huter d'applicare lo strumento e farlo agire sul capo integro ed annuì a maggioranza assoluta alla previa perforazione, affinchè la testa potesse meglio modificarsi ed adattarsi tra le branche

dello strumento. Questa riunione degli ostetrici tedeschi è per la storia del cefalotribo importante, stantechè dietro l'autorità di Credè, Kilian e Kiwisch vediamo proposta ed accettata la cefalotripsia ripetuta; il taglio cesareo limitato ai restringimenti assoluto e col consenso della famiglia; da quell'epoca il cefalotribo entrò nella pratica generale tedesca che tenne sino al 1864, epoca in cui comparve la cranioclastia che giunse poi in seguito quasi a detronizzare il cefalotribo.

L'impossibilità in cui trovavasi il sacco cerebro-osseo resultante dallo schiacciamento del capo d'adattarsi tra le cucchiaje piene a cui sfuggiva, dimostrò la necessità della perforazione come il già osservato aumento dei diametri compressi il bisogno di imprimere leggeri moti rotatori allo strumento ed il suo poco valore quale mezzo traente. È inutile l'osservare che le sue dimensioni punto graziose ed il poco soddisfacente apparecchio di compressione furono tosto osservate ed opportunamente modificate. Le prime variazioni al cefalotribo furono suggerite dai tedeschi. Si fu il Ritgen che nel 1832 consigliò di variarne la forma. Busch, Kilian, Breit, Ritgen, Langhereik, Scheller, Huter, Martin, Kiwisch, Trefurt, Scanzoni, Braun e Breisky, modificarono le dimensioni e l'apparecchio di compressione, ma lasciarono intatte le cucchiaje, che nel 1865 dovevano essere dal Breisky fenestrate per facilitarne il potere traente. Da questo breve riassunto della storia del cefalotribo tedesco risultano tre punti speciali: 1° la universale riluttanza alla sua accettazione; perchè l'idea prima di Baudeloque non limata nè fisicamente nè moralmente presentavasi un po' dura ad essere accolta; 2° l'esperienza e la logica condussero gli autori a stabilire la necessità della perforazione perchè lo schiacciamento riuscisse più completo e la donna ne risentisse minor danno compressivo, ritenendo ognora lo strumento solo come schiacciatore; 3° che l'accoglienza si deve al non avere avuto in quei momenti mezzo migliore per l'embriotomia e che appena si presentò loro uno strumento che senza tanti

incomodi più leggero e di più facile applicazione riusciva lo stesso nei casi tutti di spettanza del cefalotribo, si rivolsero a lui e volontieri dimenticarono per la cranioclastia la cefalotripsia di Baudeloque.

Dove il cefalotribo incontrò poco e quel poco solo sul tardi si fu nell'ostetricia inglese. Fu amore sviscerato delle cose proprie e riluttanza d'accettare le altrui, o diffidenza per le nuove idee o timore spinto all'eccesso pei primi rovesci che lo strumento ebbe tra le mani degli ostetrici inglesi, sia che spaventati dalla mole e dalle proporzioni, troppo si preoccupassero degli attriti che le parti molli materne dovevano con esso subire; fatto sta che credettero bene per molti anni ancora di servirsi esclusivamente dei mezzi antecedenti, provvedendo coll'aborto in gravidanza e coll'uncino in soprapparto nei più dei casi alla distocia per ristrettezze gravi. L'Inghilterra propose e sostenne due potenti rivali al cefalotribo, di cui uno, a mio parere, giungerà forse a sostituirlo pienamente. L'uncino ed il cranioclasta. Il primo conosciuto ed adoperato dagli antichi senza regole fisse, ingentilito nella forma, studiato nel suo modo di funzionare, è uno degli strumenti preferiti dall'ostetrico inglese. Il suo impiego venne eretto a metodo con regole ed indicazioni fisse da Tilt, Hicks e Barnes e diede e dà tutt'oggi buoni risultati. Del secondo parlerò più tardi. Amendue servirono e per bene alla pratica, per cui se il cefalotribo più tardi venne dalla Scuola di Londra esperito si deve più a cortesia scientifica che a pratico convincimento.

Simpson lo volle esperimentare nei primi tempi della sua proposta, ma avendo ottenuto un risultato negativo su d'una vivente in cui non riuscì neppure ad applicarlo, espresse un giudizio sfavorevole. È vero che l'applicazione venne fatta secondo i dettami primi di Baudeloque su testa non perforata. Il medesimo autore lo riprese più tardi modificandone però la forma e proporzione. Le modificazioni portate in seguito dal Kidd e dal

Braxton-Hicks vinsero parte delle ripugnanze inglesi. Per cui in questi ultimi anni se non diventò strumento indispensabile ha però posto nella busta ostetrica di questa nazione. Lo vediamo descritto e raccomandato nei trattati e spinta la sua applicazione sino a che vi è spazio sufficiente sui lati come fece il Barnes che ne consiglia l'impiego a 38 millimetri nella C. V., riportando a conferma di ciò un fatto clinico di sua spettanza. Tilt, Kidd, Barnes, Hicks, Playfair lo impiegano. Non così Osborn e Davis, ricorrendo l'ultimo nei più dei casi alla sua pinzetta.

L'embriotomia qualunque sia il suo metodo brillò e brilla ognora in Inghilterra. Il campo del taglio cesareo è ristrettissimo. La proposizione del Porro là officialmente non ebbe ancòr seguaci, ciò non ostante che l'Hicks la voglia cosa di fattura inglese già proposta dal Blundell!! Non così succede nell'America inglese. In essa un movimento si accentua in favore dell'ovaro-isterotomia come dimostra un'inchiesta scientifica che in questi giorni fu fatta dall'Harris. Speriamo che questo non sia uno sterile tentativo teorico; ma che il lato pratico pure della questione venga dall'ostetricia americana toccato.

La medesima sorte si può dire abbia corso il cefalotribo presso l'ostetricia belga. Visitando le varie cliniche di questo paese mi convinsi che ha solo posto nell'armamentario di Lucina come strumento storico e di figura. La cefalotripsia di Baudeloque non attechì guari. A Bruxelles Van-Huevel lo detronizzò per tempo col forcipe-sega. A Louvain gli Hubert preferiscono la cefalotropsia interna al cefalotribo. A Liegi Wasseige crede più efficace il suo laminatojo e si pronuncia coi fatti caldo partigiano del taglio cesareo modificato. Per questi clinici tutti la cefalotropsia a feto vivo è respinta assolutamente ed il motivo per cui nei vizii un po' gravi, sotto i 66 il cefalotribo non gode fiducia lo esprime chiaramente l'Hyernaux sul suo trattato ove respinge il cefalotribo osservando che le varie manovre consigliate dagli ostetrici francesi non sono per nulla con esso innocenti: e che lui

potendo riportare fatti clinici non pochi di vaste lacerazioni successe nelle parti molli materne dall' uso dello strumento di Baudeloque.

Tolta una memoria del Müller di Copenhaghen sul cefalotribo, dal Laut riportata, non conosco per le altre cliniche europee lavori importanti sul cefalotribo, per cui credo bene di passare rapidamente allo scopo di questa mia dissertazione storica allo studio cioè del cefalotribo nelle Scuole italiane.

CAPITOLO IV.

Il cefalotribo nell'ostetricia italiana.

Quando entrò il cefalotribo nell'ostetricia italiana? Quale fu il modo di vedere dei pratici circa le indicazioni ed il suo valore? Qual' è l' opinione dei maestri attuali sulla pratica in questione? Cercherò di rispondere brevemente a questi quesiti. Sul principio di questo mio studio già feci osservare che il concetto teorico del Monteggia sulla cefalotropsia esterna trovò nell'Assalini l'esecutore pratico sin dal principio del secolo nostro, onde giustamente il Chiara in un suo scritto recente parlando del cefalotribo ne rivendicò il merito all'ostetricia nazionale. Fu cura dell'Assalini di cercare tosto d'ovviare alle probabili questioni che sarebbero sorte e portando le branche del suo strumento in relazione del diametro anter. post. del bacino volle già allora evitare l'ingrandimento della parte cefalica non direttamente compressa in un senso sfavorevole pel manco di spazio. Mi sembra che dopo il chiaro concetto e le applicazioni pratiche dell'Assalini gli ostetrici italiani avrebbero allora dovuto arrestare l'attenzione loro sul nuovo forcipe compressore e non aspettare che da oltr'Alpe la pratica ricorretta e modificata fosse ripresentata; come giustamente a parere mio si appone il Casati allorchè rimprovera la strana dimenticanza in cui fu per tanti anni tenuto presso noi

il cefalotribo, frutto in parte non piccola di mente italiana. Se l'applicazione nella pratica dello strumento fu fatta per tempo, la pubblicazione dei fatti giunse solo tardi, prodotto forse ciò dalla reticenza che accompagna le prove.

La prima menzione ch'io trovai nella ostetricia italiana della pratica di Baudeloque si fu negli Annali Universali di Omodei nell'anno 1835 al volume 74. In una rivista breve ed incompleta della seconda memoria dell'ostetrico francese, il dottore Branca autore dello scritto, accennato per sommi capi allo strumento tosto osserva che la riduzione ottenuta trasversalmente dei diametri cranici doveva portare aumento notevole in quelli opposti ai compressi, cioè in senso della conjugata e quindi riuscire con questo difficile l'estrazione del feto. Dopo d'allora sino al 1840 venne solo più vagamente accennato, in modo che la storia del cefalotribo italiano si può dividere in tre distinti periodi. Nel primo essenzialmente teorico si studiò da pochi lo strumento senza dare pubblicità alle esperienze ed ai fatti clinici. Fu il periodo delle prime prove e decorse dal 1835 al 1850. Nel secondo lo vediamo entrare lentamente nell'armamentario delle varie cliniche che pubblicano già qualche fatto pratico ma isolato; in quest'epoca nei rari rendiconti clinici e nei trattati che uscirono si accenna al cefalotribo, lo si descrive e commenta; ciò sino al 1860. Alla discussione teorica seguì la pratica applicazione e il periodo che prepara la via alla completa accettazione e che termina colla felice modificazione apportata dai Lollini al cefalotribo nel 1865-66. Il terzo periodo partendo da questi anni verrebbe sino ai tempi nostri. Questa fu l'epoca saliente pel cefalotribo. La mancanza d'altri mezzi, la perfezione raggiunta nel suo impiego riuscirono a far accettare quasi incondizionatamente le idee delle Scuole di Parigi sulla cefalotripsia e fortuna pel feto che comparve l'istero-ovariotomia cesarea a fermarlo (se non fosse altro che per pochi anni) nella marcia trionfale, che trova pure oggidì un serio ostacolo nella cranioclastia.

Studiando questi tre periodi ne risulta che dal 1835 al 1860 prove serie sul cefalotribo non vennero rese pubbliche e tolti i lavori del Finizio e del Rizzoli, di cui i primi non ebbero successo, mentre ai secondi sorrise sorte migliore più tardi, poco si trova sulla nuova pratica in Italia. Sembra strana a prima vista questa riluttanza ad accettare il nuovo strumento; anzi incredibile pensando ai lavori di Assalini ed alla grande influenza nelle cose nostre dei maestri ostetrici francesi. Ma i lavori del primo erano poco conosciuti; l'influenza dei secondi andava scemando. È un fatto che prima del 1830 una Scuola ostetrica italiana non esisteva e che da noi ciecamente si seguivano le idee di oltr'Alpe. Nella prima metà di questo secolo solo vediamo sorgere l'Asdrubali, il Monteggia, il Galbiati, l'Assalini, il Bongiovanni, il Lovati, il Pastorello, il De-Billi, l'Aliprandi, il Vannoni, Lazzati, Giordano, Fabbri, Rizzoli, Tarsitani, Balocchi per toccare quelli a noi più vicini che imprimendo un nuovo soffio all'arte ostetrica italiana c'insegnarono a pensare da noi in questo ramo e prepararono la Scuola italiana d'ostetricia ch'oggidì nessuno straniero sogna di negare.

L'influenza che ebbero questi maestri sulle pratiche che dall'estero ci si proponeva fu grande. Il materiale che prima accettavasi senza discussione, venne vagliato, pesato e studiato e quindi prima di porlo in corso si volle essere sicuri di quanto poteva valere. Lo stesso successe al cefalotribo ed impedì l'ingresso e la generale applicazione di esso. Inoltre gli animi non erano poi così lontani nè alieni dal taglio cesareo. In alcune cliniche si provvedeva con mezzi proprii che avevano per guarantigia il successo passato. Così l'uncino, così la sinfisiotomia. La rara fortuna del De-Billi nella gastro-isterotomia incoraggiava a continuare. Per cui l'animo degli ostetrici diviso tra le varie questioni che allora si agitavano per la distocia pelvica, aborto, parto prematuro, taglio cesareo, operazione del Sigault e del Galbiati, non poteva seriamente ed esclusivamente preoccuparsi d'un soggetto

solo, del cefalotribo, e quindi i maestri raccomandarlo agli allievi, studiarlo ed applicarlo in modo speciale.

Se noi scorriamo i rendiconti ostetrici italiani di qualche anno fa, rari davvero e privilegio di poche Scuole, troviamo il cefalotribo solo vicino a noi. Così cominciando da Milano centro ostetrico fiorentissimo e la di cui Maternità già il Siebold giustamente battezzava per magnifica, celebre in Europa per la copia d'atti operativi importanti, s'accenna solo al cefalotribo dopo il 1853. Nel rendiconto pubblicato dal De-Billi pel decennio 1834-44 su 39 craniotomie fatte per vizio pelvico giammai s'applicò il cefalotribo per schiacciare la base ed estrarre il capo, neppure si ricorda questo strumento. De-Billi nella seduta del 7 novembre 1850 dell'Istituto di Scienze e Lettere parlando di questo strumento lo dice, ai nostri giorni proposto dal Baudeloque, ciò che dimostra non essere la conoscenza di data molto antica e ne rigettò l'uso perchè il cranio aumentava in senso opposto al diametro afferrato e quindi comprimendo le parti materne poteva contunderle e lacerarle; parlò del cefalotribo primitivo e ne descrisse l'applicazione sul capo non perforato. Anzi nella medesima seduta presentò il forcipe-sega del Van Heuvel che pel primo aveva con successo adoperato nell'aprile del medesimo anno. Paragonò i due strumenti e disse preferire di molto il secondo proponendolo come mezzo eccellente d'embriotomia in vizio grave a feto morto, dovendosi in caso contrario ricorrere ogni volta al taglio cesareo se il parto era a termine. Per quanto io abbia cercato non trovo nel decennio 1850-60 traccia del cefalotribo in mezzo alla ricca messe di craniotomie susseguite da espulsioni naturali, applicazioni di forcipe, rivolgimenti ed uncini e bisogna giungere al 1864 maggio 28 per incontrarlo, applicato dal Lazzati quale strumento schiacciante la base; il cefalotribo impiegato fu quello di Depaul, ed invano si tentò con esso l'estrazione della parte afferrata, che scivolando tra le branche sfuggiva e dovette poi uscire per mezzo dell'uncino acuto. Dopo d'allora per qualche anno venne

applicato con scarsa frequenza ma mai con quell'uso continuo che dimostra la fiducia illimitata e l'entusiasmo in un metodo. Regnò brevemente a Santa Caterina, e non assoluto, ma intercalato con gli altri mezzi embriotomici; nel 1870 ne vediamo tentata la sostituzione ancor vivente il Lazzati col forcipe Gujon che sta al cefalotribo come un nano ad un gigante, avendone talora la medesima forza come mostrò l'esperienza alcune volte; forcipe che trova più legami di parentela coi varii strumenti compressori proposti anteriormente a Baudeloque che con il cefalotribo classico.

Che le simpatie dell'attuale direttore dell'Istituto Ostetrico milanese non sieno per questo strumento esclusivamente lo si comprende dai suoi scritti ma ben più dalla sua pratica.

Basta gettare gli occhi sui rendiconti pubblicatisi sotto la sua direzione clinica per tosto convincersi di ciò e delle sue preferenze per l'embriucia; ciò che non esclude però che nei casi speciali e nei rendiconti non si trovino pure osservazioni di cefalotribo e di embriotomie con altri processi, il che apertamente dimostra che non è intenzione del Chiara di generalizzare in modo assoluto un metodo speciale. È inutile ch'io mi estenda a parlare di cose conosciute. Fortunatamente pel feto giunse il taglio cesareo modificato che nell'Istituto di Milano ebbe le sue più numerose applicazioni e brillanti risultati giungendovi oggidì alla cifra di 6 operazioni con 4 successi. Osserverò solo che i danni dell'uncino per le parti molli materne sono pel Chiara pure chimere e che giammai lamentò quei guai che lo fanno da altri ripudiare.

Nei rendiconti clinici pavesi redatti dal Cazzani sotto la direzione del Lovati non trovo storie di embriotomie col cefalotribo. Ma la Scuola pavese lo impiegò per tempo come attesta il Pastorello nel suo trattato d'ostetricia ove accenna ad un suo caso clinico anteriore al 1854 in cui lo applicò con successo. Nella Maternità di Firenze il Vannoni prima del 1859, come m'accerta in un gentile scritto in proposito il Minati, non impiegò punto il

cefalotribo. Lo strumento era però conosciutissimo anteriormente come lo attestano le prime edizioni del lavoro del Balocchi. Nei rendiconti della Clinica di Palermo diretta dal Pantaleo e dal 1855 al 1870 redatti dal suo assistente il Piazza a pagina 20 dell'anno 1856 si registra un caso di cefalotripsia con esso fatta nel 1853; la testa venne schiacciata e l'esito infausto relativamente alla madre non si può addebitare allo strumento ma bensì alle gravi condizioni generali materne. In una sua lettera il Pantaleo da me consultato, m'assicura che il cefalotribo fu da lui nella pratica civile usato anteriormente al 53 per cui fu uno dei primi che lo applicò e propose; al giorno d'oggi ha molta fede nel potere traente, ma neppure col nuovo del Lollini eseguisce trazioni non credendolo strumento atto all'estrazione del feto. Nei rendiconti della sezione partorienti annessa all'Ospedale Massimo di Genova e pubblicati per cura del Viviani chirurgo ordinario del comparto e che comprendono un dodicennio dal 1854 a tutto il 66, la prima menzione del cefalotribo ed applicazione sua la vedo registrata solo nell'anno 1860. Si fu in un bacino cordiforme viziato in secondo grado che venne applicato per schiacciare la base stante chè l'estrazione la si fece coll'uncino acuto.

Si fu a Bologna ed a Napoli ove lo strumento di Baudeloque trovò le sue prime applicazioni. Ed è nella prima città che vennero proposte quelle felici modificazioni dal Rizzoli e dal Lollini che tanto contribuirono a generalizzare la pratica. Dai lavori pubblicati dal Rizzoli ed allievi suoi sulle variazioni introdotte non avendo potuto accertarmi dell'epoca primitiva della sua applicazione, mi rivolsi al Belluzzi che cortesemente volle coadiuvarmi nelle ricerche per ciò che riguarda la Scuola di Bologna ed il di cui scritto pubblico integralmente perchè non perda nulla della sua storica importanza.

« L'epoca dell'applicazione del cefalotribo, scrive il Belluzzi, nella » Scuola bolognese, risale sino al 1836, epoca nella quale il Baroni » lasciò l'insegnamento di chirurgia ed ostetricia nell'Università di

» Bologna chiamato a Roma quale curante del pontefice Grego-
» rio XVI ed il giovane Rizzoli venne incaricato di tale insegna-
» mento. Dotato quest'ultimo di scelto ingegno e di ardore, al cor-
» rente della scienza come era, non poteva sconoscere lo strumento
» proposto dal Bandeloque. Anzi per la speciale attitudine per la
» meccanica chirurgica che lo condusse a modificare ed ideare molti
» strumenti chirurgici ed ostetrici, dal cefalotribo francese trasse
» l'idea del suo *frangi-pietra* pei calcoli vescicali di grosso volume
» che adoperò nell'anno citato, se non erro, nell'illustre letterato
» Paolo Costa. Dopo ciò come era naturale fece costrurre un cefa-
» lotribo sull'idea dell'ostetrico francese ma di minori dimensioni,
» rendendolo più maneggiabile e leggero ed adattandovi ai manici
» un apparecchio di compressione più semplice e solido.

» Continuò a modificarlo in seguito aggiungendovi denti alla
» parte superiore ed interna delle cucchiaja e poscia abbandonati
» questi, rese la sommità di quelle più incurvata e scavata in tutta
» la sua lunghezza. Dippoi aggiunse al suo cefalotribo le due qua-
» lità utilissime di poter applicare pella prima, se torna utile, la
» branca destra e di fenestrarne in seguito le cucchiaja, dopo la
» proposta Lollini.

» Il Fabbri venuto alla cattedra di chirurgia ed ostetricia dell'U-
» niversità di Bologna si limitò all'insegnamento teorico nè si oc-
» cupò di esercizio privato. Parlando però del cefalotribo Rizzoli lo
» chiama uno strumento perfetto. »

Sin qui l'ostetrico bolognese, per conto mio aggiungerò che nel libro dell'Andreini sul Rizzoli, trovai che le principali modificazioni furono fatte allo strumento negli anni 1836, 1842 e 1865. Il cefalotribo Rizzoli ottenne speciale plauso presso le cliniche Belghe nei di cui armamentarii lo trovai ed è impiegato nelle rare applicazioni, ottenendo speciale menzione pure nel trattato di Hyernaux. Spettava a Bologna il merito di far raggiungere l'ultima perfezione al cefalotribo fenestrandolo. Diminuitone così il peso, fu creato tra le cucchiaja uno spazio in cui le parti fetali

schiacciate trovando modo di adattarsi s'ingrandivano verso i lati delle pelvi, evitando così di aumentare in parte in senso del diametro anter. post., e quindi prestandosi modificato alla trazione meglio degli altri per i minori attriti che portava sulle parti molli materne. Sono queste le principali e più utili innovazioni del cefalotribo fenestrato.

Se le modificazioni portate al cefalotribo dalla Scuola di Napoli non sono praticamente importanti perchè molte volte non possibili, dal lato storico hanno un valore che è bene il notare. Il Finizio vorrebbe far credere nei suoi scritti che l'introduttore della cefalotripsia esterna nella Scuola di Napoli fosse stato Lui, come il primo pure a suggerire in Italia variazioni alla pratica colla proposta del suo strumento, proposta che vedemmo ripetuta dal Valette di Lione con mezzo migliore. Era un cefalotribo complesso quello che proponeva coll'addattare un perforatore che manovrava annesso al congegno. Quest'idea non ostante la miglioria introdotta dal Lollini difficilmente può praticamente attechire. Per sè il cefalotribo stante l'apparato necessario per la compressione è strumento a sufficienza complicato senza l'aggiunta d'una virtù qualunque che ne accresca il peso, il volume ed il prezzo, poco utile recando alla pratica. L'asserzione del Finizio che lessi nelle sue memorie non mi persuase. Cercando dal lato storico nei varii scritti pubblicati dalla Scuola napolitana, trovai accennato allo strumento dal Raffaele nella edizione del suo trattato, anno 1841 a pag. 315, ove semplicemente espone la pratica di Baudeloque non facendola seguire da commenti nè da fatti clinici che ne dimostrino la pratica conoscenza. Nulla di certo trovando circa l'epoca dell'introduzione del cefalotribo nella Scuola napoletana mi rivolsi al Morisani, capo-scuola di questa al giorno d'oggi, che dopo pazienti ricerche mi potè inviare i seguenti dati.

« Colui che portò il primo a Napoli un istrumento destinato a » schiacciare la testa del feto, fu Paolo Assalini che passò qui gli » ultimi anni di sua vita. Egli però, già molto avanti negli anni

» non adoperò mai il suo strumento. Verso il 1843 il dottor Silve-
» stri recò da Parigi il primo cefalotribo di Baudeloque che tuttora
» si conserva nell'armamentario dell'Ospedale degli Incurabili. Esso
» fu adoperato la prima volta tra il 43 ed il 44 dal professore Ip-
» polito Nunziante, nella Maternità di detto Ospedale prima ancora
» ch' egli fosse direttore della clinica ostetrica.

» L'applicazione sua si fece in donna rachitica con vizio pelvico
» il cui grado, scrive il Morisani, non m'è stato possibile di sapere
» e con feto morto; il resultato pare sia stato felice per la madre.

» Posteriormente il medesimo professore Nunziante vista la insuf-
» ficienza del cefalotribo come mezzo di trazione, se ne serviva per
» frantumare e schiacciare la base e la volta cranica e poscia con
» forti pinzette estraeva le ossa sconnesse ed infrante. Fatto ciò
» colle mani afferrava la cuffia del capo e compieva l'estrazione. Non
» pare ch'egli facesse una specie di cranioclastia?

« Dopo il Nunziante il cefalotribo fu adoperato dal professor Pel-
» legrino, da De Rensis sempre per casi di pelviche stenosi e sem-
» pre a feto morto. Trovo poi registrato nei rendiconti dell'Acca-
» demia Medico-Chirurgica che il prof. Colucci in una discussione
» tenuta nella tornata del 26 marzo 1859 a proposito del cefalo-
» tribo Tarsitani affermava, aver egli adoperato quattro volte lo
» schiacciatore nella sua clinica privata servendosene come forcipe
» e reiterandone le applicazioni con un certo intervallo.

» In quanto al Finizio egli asserisce, aver modificato il cefalo-
» tribo di Baudeloque nel 1842 ed aggiunge aver fatto esperimento
» della sua modifica innanzi ad una commissione composta di Du-
» bois, Chereau, Velpeau, Capuron e Chailly Honoré, ma ei medesimo
» soggiunge che solo dopo parecchi anni si presentò l'occasione di
» eseguire la prima cefalotripsia su donna vivente (Angela-Caccia-
» puoti) su feto morto e senza indicare l'epoca precisa ne il grado
» del vizio pelvico. Nel 10 agosto 1858 l'Accademia medica di Pa-
» rigi riceveva una lettera dal Finizio ove sta scritto che egli da 10
» mesi praticava esperimenti con un suo *Forcipe cefalotribo modi-*

» *ficato* di cui il Tarsitani si ha attribuito a torto l'invenzione (*Bull.*
» *de l'Accadem. Imper. de Médéc.* t. 23 1857-58). Sin qui le notizie
» del Morisani, che stabiliscono nettamente la priorità storica. Ri-
» guardo alle modificazioni del Tarsitani essa non è che una varia-
» zione all'idea primitiva dell'Assalini. »

È noto che questo ostetrico prevedendo l'objezione dell'aumento del capo fetale in senso opposto al compresso e quindi in relazione della Conjug. se lo strumento pieno portavasi ai lati, propose di portare le branche schiaccianti allo estremo del diam. Ant. Post. affinchè se allungamento succedeva nel diametro non compresso, questo facendosi ai lati dove per l'ordinario esisteva più spazio, minori fossero i pericoli degli attriti. Assalini non indica la previa perforazione e come Baudeloque propone lo schiacciamento a capo integro.

Vennero le già citate esperienze dell'Hersent che fecero ricredere Baudeloque ed i suoi fautori e dimostrarono praticamente migliore la craniotomia prima dalla cefalotripsia. A questo modo di vedere fecero completa adesione gli ostetrici italiani. Ma per poco la pelvi sia viziata e voluminoso lo strumento, a feto a termine anche la perforazione e lo svotamento del cranio non tolgono completamente i pericoli della pressione endopelvica dello strumento, e della parte fetale, come dimostrarono ancor pochi anni fa le esperienze di Fabbri figlio, e molte volte sul cadavere, le lesioni trovate in donne operate col cefalotribo.

(*Continua*).

Letteratura Italiana

Valerani Flavio. — *Annotazioni chirurgiche* — Milano, Fratelli Rechiedei, 1879.

Di queste annotazioni faremo cenno soltanto di quelle che per argomento possono trovare il loro posto in questo giornale.

Clitoridectomia per epitelioma primitivo della clitoride. — È una contadina di anni 48, maritata, molto deteriorata nella sua costituzione — ebbe tre parti affatto normali; da tre anni la mestruazione è cessata. All'ispezione si riscontra un tumore grosso poco più di una noce, arrotondato, leggermente bernoccoluto e rugoso, piuttosto duro, occupante esclusivamente la clitoride. È alquanto mobile, non esulcerato e dà luogo a dolori lancinanti; non si nota ingorgo delle ghiandole vicine. Il morbo data da un anno; ogni precedente sifilitico affatto escluso.

L'estirpazione fu praticata col termo-cauterio di Paquelin; riuscì affatto incruenta.

La cicatrizzazione richiese 24 giorni. — L'esame microscopico dimostrò trattarsi di un epitelioma pavimentoso.

Seguono brevi considerazioni sulla indicazione e sulla esecuzione di tale atto operativo ricordando come il Prof. Riberi la praticasse fino dall'anno 1829.

Voluminosa ipertrofia claviforme della porzione sottovaginale del collo uterino, guarita coll' amputazione galvano-caustica. — È una robusta contadina di anni 44, maritata; avea superate felicemente 9 gravidanze — negli ultimi mesi andava soggetta a frequenti menorragie. Da circa un anno notava senso di peso e stiracchiamento; dolori renali ed alle coscie: allorquando si metteva a sedere bruscamente sentivà un urto doloroso alla regione uterina — assai doloroso il coito e quasi impossibile, mai però avea sofferto dolori lancinanti. All'ispezione il collo dell' utero prolabente fra le grandi labbra, del

volume del pugno, con superficie rugosa ed esulcerata e sanguinante al più lieve tocco. Escluso il semplice prolasso e l'epitelioma l'A. fece diagnosi di ipertrofia del collo: la sonda spinta nel cavo uterino si inoltrava per 14 centimetri.

Fu praticata l'amputazione di tutta la parte sottovaginale mediante l'ansa galvano-caustica; il taglio fu affatto incruento e l'atto operativo assai breve e quasi senza dolore. In capo a due settimane l'inferma potè abbandonare l'ospitale pienamente guarita: l'esame mostrava in luogo del muso di tinca una superficie liscia di ottimo aspetto. Aggiunge l'A. alcune indicazioni sulla collocazione del filo, e dichiara affatto insussistente la accusa mossa all'ansa galvano-caustica, di dar luogo alla chiusura dell'orifizio del canal cervicale.

Epitelioma del collo dell'utero — Recisione — Guarigione. — Premesse poche parole intorno alla recidività dell'epitelioma uterino espone la storia. — È donna di 38 anni — nessun parto precedette, nè affezione sifilitica, solo un catarro vaginale virulento parecchi anni avanti guarito solo dopo molti mesi. Da circa 10 mesi la paziente avvertì dolori ai lombi ed alle coscie e cominciò ad avere perdita sanguigna dai genitali — nessuna cura.

Generale deperimento: localmente il muso di tinca è cangiato in una vegetazione cavoliforme, sanguinante al minimo tocco. Il dito avverte che la neo-produzione invade tutta la porzione vaginale del collo ma lascia integra la mucoso-vaginale — ai due lati dell'inguine ghiandole leggermente indurite ed ingrossate.

Fu praticata l'amputazione del collo uterino mediante l'ansa galvano-caustica. Quindici giorni dopo la donna abbandonava l'ospizio perfettamente guarita, e tale guarigione perdurava due anni e mezzo dopo.

Il pezzo esportato, esaminato dal chiarissimo prof. Bizzozero, confermava il diagnostico clinico di epitelioma.

Prolasso completo utero-vaginale guarito colla perineo-cheilorafia (Processo Rizzoli). — È donna d'anni 41 nullipara — cammina a stento, con difficoltà, colle gambe allargate. L'esame mostra pendente fra le coscie un enorme tumore coperto da mucosa inspessita ed esulcerata in parecchi punti, nel cui mezzo è nettamente riconoscibile l'orifizio del canale cervicale: è alquanto dolente al tatto, e la superficie è bagnata da muco-pus sanguinolento: il tumore non rientra nelle cavità minimamente anche se la donna è coricata; il palpamento addominale associato all'esplorazione rettale mostra affatto vuota la sede normale

dell'utero. L'isterometria interna indicava un allungamento di 8 centimetri oltre la consueta misura. Le dimensioni esterne: dall'ostio vaginale all'apice del tumore cent. 15 — circonferenza del tumore all'ostio vulvare 24, c.ª all' apice del tumore 29. — I tributi mensili scarsi, irregolari, ma costanti, sotto forma di trasudamento sanguigno alla superficie del tumore. Per il resto tenesmo-vescicale, urine cariche di muco-pus, poca appetenza, difficile digestione.

La diagnosi portata fu di procidenza completa della vagina e dell'utero, associata ad ipertrofia con allungamento del collo uterino nella sua porzione sottovaginale.

Tale procidenza datava da 25 anni, la causa si doveva trovare in uno sforzo fatto dalla paziente nel sollevare un peso. Non era mai stato fatto il minimo tentativo di riduzione.

A perfetta anestesia fu ridotto il viscere, riduzione realmente difficile; l'A. cruentò poi largamente ed abbondantemente la faccia interna delle grandi labbra dall'alto al basso fino al perineo, e di questo tutta la porzione vaginale. Le parti ravvivate furono riunite con sutura incavigliata nella parte profonda, e con sutura nodosa ai bordi; posto un catetere a permanenza fu collocata la donna nel suo letto in posizione supina coi ginocchi rialzati raccomandando assoluta immobilità.

Il coalito fu completo ad eccezione del punto più alto che a poco a poco cedette. Circa 40 dì dopo la donna abbandonava il letto ed il viscere era perfettamente contenuto e la paziente non provava molestia alcuna.

Due mesi dopo però la paziente soccombeva ad una nefrite doppia suppurata. All'autossia si potè vedere utero ed ovaia perfettamente a posto, e la ipertrofia della porzione sotto-vaginale già in via di riduzione.

Endometrite fungosa emorragica, guarita colla cauterizzazione galvanica intra-uterina — Cauterio galvanico endo-uterino dell'autore. — Rammentati i rimedi più comunemente usati come topici nella endometrite, ricordato quanto il ferro rovente sia utile in certe piaghe fungose esterne, soggiunge che avendo invano ricercato il cauterio galvano-caustico di Spiegelberg ricorse ai fabbricanti fratelli Boriglione di Novara dai quali ebbe un cauterio esattissimo. La forma è simile a quella della sonda di Simpson; la sommità dell' istrumento è leggermente rigonfia, di forma olivare e consta per intiero di una lamina di platino, senza l'animella di porcellana. L' A. lo introduce freddo nella cavità uterina e portatolo alla incandescenza lo lascia

per il tempo che si giudica necessario, applicandone la punta in un tratto solo, ovvero facendolo rotare in modo da cauterizzare le opposte pareti della cavità. Nel ritirarlo si può anche cauterizzare la mucosa del canal cervicale, se lo si giudica conveniente. Alcune precauzioni consistono: nella dilatazione del canal cervicale (l'A. l'ottiene sempre dai cilindri di laminaria), nello sperimentare la potenza del cauterio, cioè stabilire il tempo che impiega a diventare incandescente. Ricorda inoltre gli studi di Liebmann intorno alla perforazione delle pareti uterine coll'isterometro, onde raccomanda di non spinger troppo l'istrumento. L'escara cade dopo pochi giorni.

Riporta una storia di endometrite a forma emorrogica in cui la cauterizzazione col suo cauterio galvanico praticata una volta bastò per dare una guarigione completa e durevole. Una tavola litografica porta il disegno del cauterio.

La sala di maternità dell'Ospedale degl'incurabili durante il quarto, quinto e sesto bimestre del 1879. — (*Annali Clinici dello Ospedale incurabili.* Anno IV fascicoli 5° e 6°, 1879),

In questi sei mesi furono ammesse 360 gravide, di cui 162 primipare e 198 multipare. — Sul totale di 360 ben 167 furono accolte in travaglio di parto.

Nel detto lasso di tempo si effettuarono N. 334 parti nei quali sono compresi N. 7 parti gemellari, 10 parti prematuri e 4 parti abortivi.

I feti furono N. 341, di cui 167 maschi e 174 femmine. Dal totale nacquero vivi 308, nacquero morti 33.

Relativamente alle presentazioni e posizioni si notò:

Vertice in 1ª posizione	N. 180
» 2ª posizione	» 126
Faccia in 1ª posizione	» 2
» 2ª posizione	» 2
Ovoide podalico	» 10
Tronco (1 spalla sinistra dorso anteriore 1 posteriore) - (1 spalla destra dorso anteriore)	» 3

Dei 334 parti 305 si espletarono naturalmente, 29 furono invece artificiali — e vanno così divisi:

Parto prematuro artificiale per vizio pelvico (3 pollici meno un quarto — 3 pollici e mezzo)	2
Rivolgimento per emorragia da placenta previa marginale	2
Forcipe — (per eccessivo sviluppo fetale 2 — per inerzia uterina 2 — per presentazione di vertice in occipito-posteriore 2 — per presentazione di faccia in bacino di pollici 3 1/2, 1 — per resistenza del perineo 4, per eclampsia 1, per vizio pelvico pollici 2 3/4, in parto prematuro spontaneo 1, per emorragia da scollamento placentare 1, per procidenza del funicolo 1).	15
Isterotomia vaginale per rigidità dell'orificio uterino e forcipe	2
Cefalotrissia a feto morto per vizio pelvico di pollici 3 1/2	1
Sinfisiotomia ed applicazione di forcipe per strettezza del bacino di 3 pollici meno qualche linea e vertice in occipito posteriore con procidenza del funicolo	1
Parto prematuro artificiale — isterotomia vaginale — sinfisiotomia — cranotomia a feto morto e cefalotrissia per vizio di pollici 2 e linee 7	1
Isterotomia vaginale per rigidità organica dell'orificio . .	1
Isterotomia vaginale per rigidità dell'orifizio da cicatrice e forcipe per inerzia	1
Sinfisiotomia ed applicazione di forcipe per strettezza di bacino di 3 pollici	1
Isterotomia vaginale per rigidità organica dell'orifizio uterino, craniotomia e cefalotrissia per vizio di 3 pollici meno qualche linea	1

Si notò due volte la evoluzione spontanea. — Fra le puerpere si verificarono le seguenti morti:

Per eclampsia	1	5
Per emorragia da placenta previa	1	
Per bronco polmonite preesistente	1	
Per apoplessia	1	
Per metrite e vaginite gangrenosa	1	

Dr. Paolo Negri.

Varietà

—

SONNETS MÉDICAUX [1]

par le Docteur **Georges C....**

PRÈFACE.

Lorsque j'étais impatient,
La Muse m'a dit: « Je suis tendre.
« Je n'amène pas le client....
« Mais je console de l'attendre. »

STRABISME

A MADEMOISELLE C..., ARTISTE DRAMATIQUE.

J'ai toujours follement aimé la beauté louche.
Des axes visuels l'imperturbable écart
Met un pouvoir étrange en son vague regard;
Même en s'humanisant il reste encor farouche.

Comme pour démentir les aveux de la bouche,
L'œil boudeur se détourne et, nous poussant à bout.
Semble tout refuser quand l'autre accorde tout.
Inquiet, l'amant cherche un accent qui le touche.

Danaé, ton coup d'œil va troubler à la fois
Ceux du parterre et ceux du paradis. — Je crois
Qui je vais formuler un vœu tres-égoïste.

Je voudrais — cache au moins ce sourire moquer.
Être galant autant que je suis oculiste,
Pour fixer à moi seul ton regard et ton cœur.

---

(1) Come i due sonetti pubblicati nel Numero di febbraio sono anche questi tolti dalla *Gazette des Hopitaux* N. 17 del 1880.

BANDAGES ET APPAREILS

Dans la vitrine, où l'œil jette un regard oblique,
Appollon et Vénus livrent leurs nudités
A des enlacements d'appareils brevetés.
Ils servent, dieux captifs, d'enseigne à la boutique.

Un bandage inguinal à pelote élastique
Étreint Cypris la blonde et masque ses beautés.
L'acier flexible et fort, en détours éhontés,
Suit amoureusement la courbe hypogastrique.

Sur la gorge et les flancs divins, je vois encore
Banissant la chlamyde et la ceinture d'or,
Des ressorts médaillés à Paris, Vienne et Londre.

O crime! — Et cependant Éros, confus et las,
Levant un lourd faisceau de sondes en ses bras,
Semble implorer le ciel pour l'homme qui s'effondre.

DIGESTION

Apetits coups j'achève un excellent café,
Et, d'un doigt de cognac détergeant l'œsophage,
Je digère, plongé dans l'odorant nuage
Qui s'exhale des plis d'un havane étoffé.

Décidément, le chef a partout triomphé.
Du poisson au rôti, des hors-d'œuvre au fromage.
Pas en seul plat qui n'ait reçu mon double hommage:
Toi surtout, sein fécond du dindonneau truffé!

Dans la fauteuil profond dont les rondeurs m'appellent,
Des hoquets innocents tour à tour me rappellent
Tantôt la bisque rose et tantôt les foies gras.

Les yeux mi-clos, j'entame un rêve bucolique....
Mais quel est ce parfum soudain et magnifique?
La truffe a murmuré: « C'est moi, ne le dis pas! »

MALADIES SEGRÈTES

Marquis de Rambuteau, j'aime ces labyrinthes
Dont ta main paternelle a semé nos trottoirs.
Leur front lumineux porte au sein des brouillards noirs
Le nom des *Bodegas* et des *Eucalypsinthes.*

Leurs murs sont diaprés du faîte jusqu'aux plinthes
D'avis offerts gratis à d'amers désespoirs ;
Et c'est pourquoi j'entends, le long des réservoirs,
Dans le gazouillement des eaux, monter des plaintes.

O l'anxieux regard du malade éperdu
Quand il franchit ton seuil, temple du copahu !
Moi, j'en sors souriant, car j'eus des mœurs austères.

Mes organes sont purs comme ceux des agneaux.
L'âge les rend peut-être un peu moins génitaux ;
Mais ils sont demeurés largement urinaires.

BLENNHORRHAGIE

Dieux! qu'il a l'air farouche et qu'il fait mal à voir !
Écumant et meurtri comme un loup pris au piège,
En ses flancs déchirés grince un fer de rasoir.
Qui l'abreuve? Chopart. Et qul le nourrit? Mège.

Eux cependant, blottis au fond de suspensoir
Dont le souple réseau les berce et les protège,
Pareils à deux oiseaux frileux; fuyant la neige,
Ils reposent, et rien n'émeut leur nonchaloir.

Ne rappellent-ils pas, tant leur retraite est douce,
Acis et Galaté endormis sur la mousse
Dans la grotte qui vit leurs amours ; et, sur eux,

La main crispée au sol, le Cyclope hideux
Penchant son œil unique, où la rage impuissante
Fait lentement couler une larme brûlante ?

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

Movimento clinico-operativo dei mesi di Gennajo, Febbraio, Marzo 1880

Donne accolte	88	Parti spontanei . . .	98	Parti artificiali	23
Uscite senza sgravarsi	3	Donne morte	nessuna	Donne morte	nessuna

---

Aborto provocato — 77 del 1880. Al 4° mese per ostruzione pelvica da tumore fibroso della parete posteriore uterina Metodo Kiwisch - Krause - Tarnier - Esito felice.

Estrazione di uovo abortivo — 49 del 1880 - Aborto al 3° mese - estrazione del feto - espulsione della placenta sotto l'uso della segala - puerperio normale

Estrazione manuale — 300 del 1879 - Presentazione dell'ovoide podalico completo - minaccia del feto - estrazione manuale - feto vivo - puerperio fisiologico.

294 del 1879 - Presentazione dell' ovoide podalico completo - rigidità dell' orifizio uterino - isterostomatotomia pelvi viziata per lussazione del femore sinistro - feto morto in travaglio - madre guarita.

47 del 1880 - Parto prematuro spontaneo all'8° mese - presentazione dell' ovoide podalico - feto morto e macerato - estrazione manuale - puerperio normale.

Rivolgimento — 41 del 1880 - Placenta previa marginale - presentazione della Sp. S. D. A. complicata a procidenza di funicolo non pulsante al momento dell'accettazione - Rivolgimento - puerperio normale.

82 del 1880 - Presentazione di spalla destra DA; braccio procidente - acque-colate da 8 ore; utero alquanto contratto - feto vivo - rivolgimento - feto gravemente asfittico rianimato - e morto 30 ore dopo per emorragia intracranica da distacco del margine posteriore del parietale sinistro dallo squama occip. - puerperio: apiretico.

Applicazione di forcipe — 2 del 1880. Testa arrestata al piano perineale - insufficienza delle contrazioni - feto vivo- puerperio fisiologico.

285 del 1879 - Testa al piano perineale - minaccia della vita fetale - forcipe Naegele - feto salvo - puerperio normale.

286 del 1875 - Testa voluminosa alla parte bassa dello scavo - insufficienza delle contrazioni - forcipe Naegele - feto vivo - madre guarita.

295 del 1879 - Testa al piano perineale - mancanza di contrazioni uterine - forcipe Naegele - ambo le vite salve.

35 del 1879 - Testa nello scavo - minaccia della vita fetale - forcipe Naegele - feto salvo - puerperio fisiologico.

55 del 1880 - Testa all'alto dello scavo - segni di grave sofferenza fetale - forcipe Naegele - feto asfittico rianimato - puerperio apiretico.

48 del 1880 - Placenta previa centrale (vedi) forcipe Naegele - feto morto - madre abbandona la Clinica in buona salute.

36 del 1880 — - Isterostomatotomia per rigidità: applicazione di forcipe Simpson per inerzia - feto vivo - puerperio morboso per parametrite.

71 - Forcipe Simpson al piano perineale per soverchia lunghezza del 2° periodo - feto salvo - madre id.

19 - Testa arrestata allo s. s. per vizio pelvico di 1° grado ed eccessivo sviluppo della testa fetale - applicazione infruttuosa di forcipe Simpson - estrazione col forcipe Pajot - feto morto per lacerazione della sostanza cerebrale da infossamento del margine anteriore del parietale destro - madre guarita.

79 - Testa nello scavo - battito ad 80 al minuto soffiante - scolo di meconio - forcipe Simpson - feto e madre salvi.

303 del 1879 - Testa appena impegnata in D. T. con inclinazione frontale - languidezza del travaglio febbre della madre - pelvi rachitica CD 95 mill. - forcipe Naegele - disimpegno col meccanismo del parto per il fronte - feto vivo - puerperio normale.

68 del 1880 - Forcipe Naegele allo stretto inferiore per inerzia uterina - feto salvo madre ancora in clinica.

Embriotomia — 287 del 1879 - Vizio pelvico di 2° grado (millimetri 68-70) da rachitide - craniotomia e cranioclastia Braun - uncino acuto - puerperio apiretico.

56 del 1880 - Pelvi universalmente ristretta (CV. 80 mill.) - infruttuoso tentativo co' forcipi Naegele e Pajot - craniotomia e cranioclastia Braun - puerperio normale.

Placenta previa — 41 del 1880 - (vedi nel rivolgimento).

48 del 1880 - Placenta previa centrale - tamponamento vaginale - rottura artificiale delle membrane e scollamento della placenta - segale - applicazione di forcipe (vedi forcipe).

Procidenza del funicolo — 63 del 1880 - Dilatazione di 5 cent. - riduzione colla siringa - feto morto - madre puerperio fisiologico.

Isterostomatotomia — 36 - per rigidità dell' orificio (vedi forcipe).

294 del 1879 - Id. id. (vedi estrazione manuale).

Ovaro-isterotomia cesarea — 8 del 1880 - Vizio pelvico da rachitide - CV. 40 mill. - microcorde di molto ridotte - feto vivo - madre guarita.

NB. Il numero col quale è segnato ogni atto operativo è il numero col quale viene contrassegnata la donna al momento dell'accettazione, e la serie progressiva comincia sempre col 1° gennaio di ciascun anno.

ISTITUTO OSTETRICO DI TORINO

Movimento clinico operativo del primo trimestre 1880

Sezione Studenti.

Gestanti accolte 84	Parti naturali 69	Parti artificiali 6
Uscite senza sgravarsi 2	Decessi 1	Decessi 1

Applicazioni di forcipe — 47 del 1880 - Simpson nello scavo per inerzia uterina.

52 del 1880 - Simpson allo stretto superiore - bacino generalmente ristretto ed appiattito - C. D. 80 - madre e feto viventi.

81 del 1880 — Naegele - allo stretto superiore per leggera stenosi pelvica, inerzia uterina e feto voluminoso - peso 3505 - madre e veto vivi.

67 del 1880 — Naegele - per emorragia da placenta previa - feto premorto - madre morta di tisi polmonare avanzatissima 10 giorni dopo il parto.

114 - Forcipe Simpson nello scavo per eccesso di volume del feto (gr. 4060) vizio pelvico di 1° grado, inerzia d'utero - madre e feto vivi.

Estrazione manuale — 56 del 1880 - Feto in pres. - podolica incompleta - varietà natiche, per minaccia di asfissia.

115 - Per inerzia completa, minaccia alla vita fetale - madre e feto vivi.

Placenta previa centrale — 67 del 1880 - Zaffo vaginale col colpeyrinter del Braun, scollamento circolare della

placenta ed introduzione di un dilatatore del Barnes - rottura in seguito del sacco amniotico - estrazione col forcipe.

Placenta previa marginale — 112 del 1880 - Zaffo vaginale ordinario - madre e feto vivi.

Sezione allieve Levatrici.

Gestanti accolte 72	Parti naturali 60	Parti artificiali 4
Uscite senza sgravarsi 0	Decessi 4	Decessi 0

Applicazione di forcipe — 32 del 1880 - Simpson allo stretto superiore per inerzia completa d'utero, vizio pelvico di primo grado — Bacino piatto.

Embriotomia — 63 del 1880 - Bacino generalmente ristretto ed appiattito - C. V. 70 - Craniotomia col trapano curvo. Spappolamento della sostanza cerebrale; cranioclasta Leiter sulla testa previamente deflessa - Estrazione - Madre viva.

Estrazione manuale — 74 del 1880 - Pres. Podalica incompleta varietà natiche e procidenza del funicolo - Madre e feto vivi.

— Estrazione di feto anencefalo con spina bifida - madre viva.

Placenta previa marginale — 46 del 1880 - gravidanza all'8.° mese - Zaffo vaginale ordinario - Rottura del sacco amniotico - Pres. Pod. Feto e madre viventi.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano. — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume II. Aprile 1880. Num. 4.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

SULLE INDICAZIONI ASSOLUTE E RELATIVE
DEL
TAGLIO CESAREO (METODO PORRO)

Conferenza tenuta nell'Aula Paletta dell'Ospedale Maggiore di Milano il 1.° Aprile 1880 dal Dott. Luigi Mangiagalli *Medico 1.° Assistente nella R. Scuola di Ostetricia diretta dal Prof. Cav.* D. Chiara.

Signori,

Poichè l'aritmetica non è un'opinione, permettetemi, di dar principio al mio dire con alcune cifre. Sono ormai trascorsi quattro anni circa dacchè il prof. Porro con ardita innovazione, coronata dal successo favorevole, apriva un nuovo orizzonte agli ostetrici, ed è con senso di profonda ed intima compiacenza che ora mi è lecito constatare come da Milano, donde partiva la proposta di una pratica rinnovatrice della consuetudine di secoli, parta ora la più splendida conferma delle speranze allora concepite. Niuna forse delle grandi operazioni ebbe inizio più fortunato di questa, niuna di esse percorse sì lungo cammino in sì breve spazio di tempo, e dalla capitale stessa della Francia, ove nel campo scientifico non meno che nel politico risuonarono *jamais* divenuti famosi, ci giunse di recente notizia

di alcuni avventurati successi, laddove era un mito la guarigione col taglio cesareo classico, che in questo secolo non aveva mietuto che vittime. Ma è dall'Istituto ostetrico milanese che partì la voce più autorevole in appoggio di tale innovazione, e l'autorità, o Signori, è fondata su base legittima, sulla base del numero e del successo che in questo caso fa legge, poichè è alla stregua di esso che si giudicano le proposte cliniche. Infatti sopra sei ovaro-isterotomie cesaree in esso compiute, s'ebbero quattro guarigioni, il che ci dà la mortalità del 33,33 0/0, mentre la mortalità del taglio cesareo classico era nello stesso Istituto del 90 0/0. Chè se noi poniamo a raffronto la nostra statistica coll'altrui e in Italia e fuori d'Italia possiamo trarne maggior argomento di legittimo orgoglio. Fuori d'Italia sopra 27 operazioni si ebbero 13 casi di morte, il che ci dà una mortalità di 48,14 0/0. Omisi in questa statistica un caso di ovaro-isterotomia cesarea, testè operatosi da Gustavo Braun nella 3ª clinica di Vienna e della quale ebbi notizia epistolare perchè di essa non conosco l'esito definitivo. In Italia, non tenuto calcolo dei casi spettanti a questo Istituto, gli esiti sono meno confortanti, poichè sopra 17 operazioni abbiamo 13 morti e quindi la mortalità del 76,47 0/0, che discende al 65,21 coll'aggiunta dei nostri casi. Raggruppando per altro tutte le statistiche si verrebbe ad avere la mortalità del 56 0/0, risultati certo più consolanti che non quelli del taglio cesareo classico (1).

Non è qui luogo di passare in esame critico i casi in cui si operò e tanto meno di ricercare le cause per cui tanto si discosti la nostra dall'altrui mortalità. Le condizioni deplorevoli in cui si trovavano alcune donne al momento stesso della operazione, i difetti di tecnicismo, l'oblio delle cautele antisettiche potrebbero fornirmi ampia messe di documenti per dimostrare come di molto minore potrebbe essere la complessiva mortalità procentuale. Ma

(1) Vedi la nota dei casi coi risultamenti statistici a pag. 215.

in ostetricia, pur facendo voto che vengano sbandite tutte le cause accidentali di mortalità, noi dobbiamo accettare le statistiche dei fatti compiuti, tali e quali senza selezione di sorta, poichè tanto il pratico della campagna quanto quello della città, non sempre possono operare nelle condizioni più favorevoli richieste e volute di ambiente, di assistenza e di tecnicismo. Accettata quindi la statistica sopraccennata senza beneficio d'inventario, non ne risulta meno per questo che i risultati ottenuti colla modificazione di Porro, sieno evidentemente migliori di quelli avuti col taglio cesareo classico.

Orbene, come avviene di ogni cosa umana che venga a rompere contro le idee avute in retaggio, così fu anche di questa innovazione. Vi furono gli apostoli entusiasti, vi furono gli avversarii tenaci, vi furono infine coloro che forse troppo teneri della dimostrazione del detto Oraziano

Multa renascentur, quæ jam cecidere....

si diedero a tutt' uomo a frugare ed a rifrugare nei polverosi archivi per vedere se non già prima era stata formulata od attuata tale proposta. E siccome

Qui cherche remue, qui remue trouble

così vennero a galla alcuni brani che alludevano a tale idea: ma ognuno di noi quante cose non avrà ideato forse sostanzialmente buone, forse destinate ai fischi del pubblico? Ma in chirurgia le concezioni non hanno valore, se non quando sono, non dirò dimostrate coi fatti in modo assiomatico, ma almeno nettamente formulate ed avvalorate da considerazioni aprioristiche franche e recise. Ora nulla di tutto ciò si è sinora avverato per cui l'onore ed il vanto restano integralmente all'egregio prof. Porro.

Veniamo ora alla 2ª categoria: le obbiezioni vennero presentate specialmente cammuffate col manto pastorale, ma, rassicu-

ratevi, non è mia intenzione di scendere nel campo teologico. Mi pare che un gran tragico abbia lasciato scritto che le discussioni sono utili soltanto quando si è dello stesso parere: ora io suppongo che pochi di voi sieno teneri di S. Tomaso d'Aquino e della deontologia ostetrica. Solo m'incombe l'obbligo, per debito di storico verace, di accennare come alcuni si sieno ricreduti, abbiano anzi convertito le contumelie in osanna. Si obbiettò pure che coll'ablazione delle ovaie venisse profondamente e sostanzialmente modificato il tipo femminile, ma a questo riguardo l'esperienza più vasta di coloro che per molteplici e svariate affezioni praticarono la così detta *ovariotomia normale* ha già giudicato inappellabilmente in senso contrario, come del resto ne convince anche la nostra esperienza individuale per quanto scarsa. Nè io so capire gli scrupoli di coloro che si arretrano di fronte all'idea di una grave mutilazione. La vita dell'organismo non è forse preferibile alla vita di un organo?

Ma passiamo all'altra categoria, a quella degli apostoli entusiasti che vorrebbero sostituito il taglio cesareo così modificato, non solo al taglio cesareo classico, ma altresì all'aborto provocato, alla embriotomia a feto vivo nelle relative ristrettezze pelviche, fors'anco, entro certi limiti, allo stesso parto prematuro. Ma neppure all'avviso di questi io posso acconciarmi, poichè mi sembra che l'amputazione cesarea utero-ovarica non possa e non debba invadere i campi sopraenunciati. E le mie parole saranno tanto più considerate come il risultato di una sincera convinzione, in quanto che io rappresento in questo momento una Scuola in cui si ebbero quattro guarigioni consecutive. Gli è per questo che mi sono proposto di scorrere con voi il campo delle indicazioni assolute in cui dubbio non havvi e non vi può essere e quello delle indicazioni relative in cui la decisione può dipendere oltrechè delle nostre convinzioni individuali anche da altre molteplici e svariate circostanze. Ma prima permettetemi di ragguagliarvi per sommi capi sopra due casi occorsi nella clinica nel 1° bimestre del

corrente anno e che riguardano due donne, una delle quali offriva precisamente l'indicazione relativa del taglio cesareo classico, mentre nell'altra, che qui vi presento, tale risorsa venne richiesta in modo assoluto, incondizionato dalla grave stenosi pelvica da cui essa è affetta.

Rachitiche entrambe, entrambe gravemente viziate, ma in grado diverso, richiesero ambedue gravi operazioni, l'una l'embriotomia a feto vivo, l'altra il taglio cesareo, seguito dall'amputazione utero-ovarica. Ricoverate ed operate a poca distanza l'una dall'altra, entrambe guarite, si prestano mirabilmente a mettere in evidenza con un esempio clinico il pensiero della Scuola ed a tratteggiare nel campo pratico quanto in seguito verrò più diffusamente svolgendo.

La prima, alta metri 1.37, di forme gracili, di costituzione sana, era lievemente claudicante a destra per una minor lunghezza relativa del femore corrispondente, dovuta ad una sua maggior curvatura. La C. D. misurava da 80 a 84 mm.; la C. V. venne calcolata in 68-70 mm. Alquanto introflessi erano i cotili, più quello di destra: il diametro bis-ischiatico era pur esso ristretto a 75 mm. La gravidanza era giunta a termine, il bambino era vivo, la donna era nubile, e non crediate questa una circostanza superfiua in una questione delicatissima in cui tutti i fattori devono essere ponderati al loro giusto valore. *Quid agendum?* Il caso aveva avuto una certa notorietà, e la donna oltrechè dalle notabilità ostetriche di questa città, era stata visitata anche dal prof. Tibone di Torino. Le divergenze dei diversi ostetrici che la esaminarono si aggiravano entro questo dilemma, embriotomia a feto vivo ovvero taglio cesareo seguito dall'amputazione utero-ovarica. Qualcuno di voi potrebbe obbiettare perchè non attendere la morte del feto e praticare l'embriotomia a feto morto? Risponderò che ormai la maggioranza degli ostetrici rifugge da questo pauroso compromesso colla nostra coscienza, che mentre non salva la vita al feto, aggrava inesorabilmente anche le con-

dizioni della madre per l'eccessivo prolungarsi del travaglio. Le divergenze accennate erano più che naturali, poichè rilevavano non tanto le incertezze degli individui, quanto le incertezze della scienza. Comunque era pur d'uopo sciogliere o tagliare il nodo: lo si recise e chi lo recise fu il craniotomo. Praticata la perforazione della volta, essendo il cranioclaste fallito al suo compito, la liberazione venne compiuta dal prof. Chiara coll' uncino acuto, quell'uncino tanto e tante volte condannato e che pure ci è sempre fido ausilio nei più difficili frangenti dell' arte. Il puerperio fu fisiologico e la donna venne dimessa dall' ospizio in 13ª giornata di puerperio. I commenti li faremo più tardi; veniamo ora al 2° caso.

Come voi vedete, si tratta di una donna di statura molto piccola (essa misura metri 1.25): la regolarità dei tratti del suo viso non accennerebbe ad una rachitide grave, eppure gli arti inferiori ne andarono per essa gravemente incurvati e contorti e la pelvi ne rimase talmente sconciata che la sua C. V. può calcolarsi in 45 mm. (la C. D. è 58), ristrettezza resa ancor più grave dalla notevole introflessione dei cotili. In questo caso non era lecito il dubbio, non v'erano nodi nè da sciogliere nè da tagliare, non v' era altro mezzo di liberazione che aprire una via artificiale al prodotto del concepimento e questo fu da me fatto col taglio cesareo modificato il giorno 25 del p. p. febbraio, in presenza del dott. cav. Romolo Griffini, direttore dell' Ospizio, dei professori Albertini, Porro e Tibone, del consulente ostetrico dottor Monzini, del dottor Agudio e di molti altri medici convenuti nella sala dei parti di questo Ospizio. Il Professore mi volle essere cortese della sua diretta assistenza, e così pure mi coadiuvarono direttamente nell'atto operativo il dottor Negri, medico 2° assistente, il dottor Bertolone, il dottor Benazzi. E inutile che io vi dica como l'atto operativo fu circondato colle più rigorose cautele antisettiche, poichè, in chirurgia, o signori, prevenire val meglio di reprimere. Nessun accidente di qualche importanza venne

a turbare l'atto operativo: quale particolare degno di nota accennerò, come non fu possibile trarre l'ovaio destro all'angolo inferiore della ferita e questa bisogna d'ordinario facilissima non riuscì perchè l'ovaio *atrofico* era aderentissimo alla parte superiore della insenatura formata dall'avvicinarsi vicendevole del promontorio e dell'osso illiaco. Ciò può chiamarsi un grave inconveniente? Lo si dice e lo si ripete sulla base di un unico caso, di un caso di Péan, il quale, praticata la isterectomia per fibromi uterini e lasciato un ovaio nel cavo addominale, vide poscia soccombere la donna per ematocele pelvico. Per parte mia non lo giudico un grave inconveniente, nè crediate che chi parla faccia in questo momento la parte di *Cicero pro domo sua.* Intanto l'ematocele pelvico permette una prognosi favorevole poichè nei casi da me osservati mentre fungevo da assistente nel Comparto Ginecologico di questo Ospedale si ebbe sempre la guarigione: del resto chi pensa quanto sia oscura, vaga, proteiforme la genesi dell'ematocele sarà probabilmente dello stesso mio avviso, e dato pure che l'ovaio rimasto così isolato e sciolto da ogni legame cogli altri organi dello stesso apparato continui a funzionare, non per questo verrei a concepire timori di sorta. Ormai è infatti dimostrato dalle ricerche odierne, come non sempre la tromba Falloppiana sia così compiacente da applicarsi col suo padiglione al follicolo maturo e riceverne l'ovulo che ne erompe. Molti ovuli fecondati e non fecondati cadono nel cavo peritoneale, destinati il più delle volte ad essere riassorbiti anche nel primo caso senza provocare disordini di sorta. Il meccanismo per cui avviene il passaggio dell'ovulo nell'utero è alquanto complesso, e ciò spiega il perchè in qualche caso di chiusura di una tuba, l'ovulo schiuso nell'ovaio dello stesso lato trasmigri nel cavo peritoneale sino all'imbocco della tuba opposta. Se un ematocele pelvico dovesse seguirne ogni qualvolta che, all'atto della deiscenza del follicolo, questo non viene abbracciato dal padiglione della tuba, quante volte noi dovremmo assistere al corteo

sintomatico di tale affezione! Del resto, lo ripeto, nel nostro caso l'ovaio sopravvissuto alla nostra mutilazione è atrofico, probabilmente non funzionante e quindi silente anche per l'organismo riguardo alle tube isteriformi che potrebbe ingenerare. (1) L'apparecchio strumentale adoperato fu il più semplice, e così deve essere, perchè, se l'ostetricia può essere monopolizzata nelle grandi città, deve essere praticata da tutti nei piccoli centri e nelle campagne. Se necessario fosse un complicato apparato, il progresso segnato da tale innovazione sarebbe forse illusorio e preferibile sarebbe in molti casi il taglio cesareo classico. Un bistori convesso ed uno bottonuto, una forbice, una sonda scanellata, seta fenicata, aghi ordinarii, un *écraseur* costituirono l'armamentario messo in opera. Veramente ho dimenticato un istrumento, un ago da materassaio. Voi sapete che la questione più importante della ovaro-isterotomia cesarea è quella che riguarda il trattamento del peduncolo. Il dottor Berruti nella descrizione del caso da lui operato, oltre al ritratto dell'utero e delle ovaie della sua operata ci offerse altresì l'imagine fedele di una lancia a doppio padiglione per trafiggere il peduncolo. Nulla di più inutile della invenzione di nuovi strumenti in ogni bisogna dell'arte nostra! Il dottor

---

(1) Nel correggere le bozze, ad avvalorare gli argomenti addotti per dissipare ogni timore riguardo all'ovaio rimasto in sede, mi giunse in buon punto l'esperienza clinica e per parte dello stesso chirurgo, che osservò l'accidente sopra enunciato. Riporto le sue parole testuali: « Depuis cette époque (allude all'epoca in cui detto accidente venne osservato), nous avons trouvé plusieurs malades chez lesquelles nous n'avons pas cru devoir suivre cette ligne de conduite, (di esportare ambo le ovaie) parce que l'ablation du second ovaire présentait des difficultés sérieuses et chez lesquelles nous avons cru devoir le laisser dans la cavité pelvienne où il devait nécessairement s'atrophier. Les faits de ce genre, tirés de notre pratique, sont actuellement assez nombreux pour nous prouver que le cas malheureux que nous avons observé était exceptionel, et nous n'avons pas vu le même accident se reproduire, lors même que l'utérus seul avait été enlevé, tandis que l'un et même les deux ovaires avaient été conservés. (Péan: de l'ablation des tumeurs du ventre, considérée dans ses rapports avec la menstruation, les appétits vénériens, la fécondation, l'état de grossesse et l'accouchement. » *Gazette médicale de Paris*, 3 Avril 1880).

Negri il giorno antecedente all'atto operativo provvide l'ago che qui vi presento, con esso trafissi il peduncolo, ponendo quindi alle sue estremità due piccoli pezzetti di piombo schiacciati al momento. Esclamerei *aurea simplicitas* se le alette non fossero di piombo ed il costo non fosse che di 10 centesimi. (1) L'*écrauser* adoperato fu quello di Chassaignac, solo esso venne modificato in modo da rendere amovibile il manico dopo la costrizione, poichè scopo dello schiacciatore e di qualunque altro costrittore è di assicurare l'emostasia del peduncolo, non il peduncolo stesso. Se l'assicurazione del peduncolo all'angolo inferiore della ferita addominale è il momento più delicato dell'atto operativo, il suo trattamento consecutivo è quello che ci dà maggiori noie: alla caduta del moncone resta un vasto infundibolo, di cui prima si deve attendere la detersione e poi la chiusura per un lungo e tedioso processo di granulazione, ed è in questo periodo che si riaccende la febbre, se prima era scomparsa, oppure si aggrava se già prima esisteva ed è quanto si è osservato in quest'ultima come nelle altre operate guarite. La donna che vi presento aveva una temperatura di 38°,4 al mattino stesso del giorno, in cui doveva essere operata, per una forma catarrale bronchiale, allora esordente. Ciò non ci trattenne dall'operarla: ebbene, nei primi 8 giorni la temp. mass. fu di 38,8 ed il ciclo termico sembrava più corrispondere alla forma catarrale che non alle conseguenze dell'atto operativo stesso. In questo caso non si ebbe neppure

---

(1) In questo caso anche senza l'ago il moncone si sarebbe trattenuto all'angolo inferiore della ferita forse per la larghezza dei segmenti della catena adoperata, ma ciò non può certo indurci ad abbandonare una pratica che non complica per niente l'atto operativo e che assicura nel modo il più semplice il moncone. Come potremo noi in anticipazione decidere se un moncone avrà più o meno tendenza ad affondarsi o se nel decorso ulteriore non ci sarà violenza alcuna (tosse o vomito) che lo ricacci nell'addome? Ma intanto l'esperienza clinica è lì inesorabile per dimostrarci l'opportunità di tale misura, e Carlo Braun in uno de' suoi casi dovette applicare consecutivamente il clamp a trattenere il peduncolo che mostrava tendenza a rientrare e Coggi attribuisce l'esito letale avuto, nel caso da lui operato, al suo lento rientramento.

una vera febbre traumatica, definita almeno quale viene da Billroth *quella febbre che incomincia al secondo giorno, monta rapidamente, perdura alquanti giorni ad una certa altezza, e con remissioni serotine, per poi scomparire a poco a poco.* Al 9° giorno, vale a dire il 4 marzo, cadde il moncone: ebbene, voi vedete quanto tempo sia trascorso prima che l'infundibolo lasciato dalla sua caduta accennasse alla sua prossima e completa chiusura, ed in tale frattempo si ebbero più volte elevazioni termiche al di là dei 39°, non mai per altro precedute da brividi di freddo, benchè la piaga si mantenesse costantemente detersa. Ad evitare tali noie si affaccia tosto il quesito se non convenga affondare il peduncolo. Nella operazione di cui v'intrattengo ciò venne praticato una sol volta da Litzmann, il quale fece la sutura del moncone e quindi lo affondò nel cavo addominale. La donna morì. A vero dire io fui sempre ricalcitrante a tale misura, perchè mi imponevano la gran massa dei tessuti da affondarsi ed il calibro dei vasi che in essa decorrono. Ad una nuova occasione per altro, se io ben rifletto le idee della Scuola, non si sarebbe alieni dal tentare la prova segmentando in quattro il peduncolo e quindi affondandolo. I recenti successi di Schroeder e di Labbé nella isterectomia per fibromi uterini potrebbero incoraggiarci a seguire tale via. Certo il decorso ulteriore ne verrebbe di gran lunga diminuito e ne sarebbe estremamente facilitata la medicazione antisettica della ferita. La vicinanza del voluminoso moncone al pube, la presenza degli estremi del filo o della catena ostacolano infatti l'esatta apposizione della medicatura e ciò è tanto vero che Lucas-Championnière in una sua recente comunicazione all'Accademia di Medicina di Parigi, propose di allontanarsi il più che sia possibile dal pube con la incisione, anche a costo di lasciare una parte non indifferente di tessuto uterino.

Ora che vi ho esposto per sommi capi quanto più poteva interessare dei due casi accennati, rifacciamo assieme il cammino, ripigliamo l'argomento al punto in cui l'abbiamo lasciato,

facciamo cioè i debiti commenti e vediamo quali sieno le indicazioni assolute, quali le relative dell' amputazione cesarea utero-ovarica. Nel 1° caso, il nodo, ho detto, venne reciso dal craniotomo: ciò vi adombra già le idee della Scuola, ma l' argomento merita di essere svolto e discusso più profondamente. Affinchè io non sia frainteso permettetemi ancora una volta di segnalarvi l' immenso progresso fatto dalla ostetricia coll' acquisizione del nuovo metodo. Questo resterà sempre nella pratica nei casi di vaste atresie vaginali, di determinate neoformazioni uterine, e, *per l'essenziale guadagno di assicurare la sterilità della donna*, rimarrà discutibile nei casi di assoluta ristrettezza pelvica anche quando, notatelo bene, anche quando nuovi progressi dell' arte assicurassero il risultato per la madre e per il feto, pur evitando ogni grave mutilazione della madre. Siccome sinora tale progresso non si è avverato, ciò che allora sarà forse discutibile, per ora resta indiscusso. Quattro fonti, a mio avviso, *potrebbero* fornire una indicazione assoluta dell' amputazione cesarea utero-ovarica e sono:

1) la ristrettezza pelvica assoluta o gravissima;
2) le vaste atresie vaginali;
3) le neoformazioni uterine;
4) le rotture dell' utero.

Ma che cosa s' intende anzitutto per ristrettezza pelvica assoluta? Per essa dovrebbe intendersi ogni ristrettezza la quale richieda, a termine di gravidanza, incondizionatamente il taglio cesareo, ma nel campo clinico tale concetto dovette necessariamente subire molte e molte limitazioni. Voi comprendete infatti quanto variabili debbano essere i limiti ad essa imposti. Il taglio cesareo fu per tanto tempo nelle Maternità sinonimo di morte, che è naturale come l' ingegno ostetrico si acuisse in mille modi a trovare un artificio meccanico, con cui si potesse ridurre il volume del feto e renderne così possibile la sua estrazione per le vie naturali. Ogni Scuola e quasi ogni ostetrico tentò di abbassare il

limite superiore del taglio cesareo, tanto si paventava questa *extrema ratio* dell'ostetricia, e fuvvi anche chi giudicò possibile l'embriotomia fino a 27 mm., e l'invenzione del cefalotribo, del forcipe-sega, del cranioclaste, dello sfenotribo, delle forbici basiotomiche, del laminatore cefalico rappresentano altrettanti tentativi di rendere possibile l'embriotomia anche nelle estreme viziature pelviche. Conosciuti gli esiti favorevoli del taglio cesareo, seguito dall'amputazione utero-ovarica, sembra che una vertigine opposta s'impadronisca degli ostetrici e che si voglia elevare di altrettanto il limite del taglio cesareo di quanto prima lo si voleva abbassare. Io ho espresso tante volte il mio entusiasmo a favore di questa innovazione, alla quale ho portato il non tenue contributo di due casi felici, che mi sarà ora lecito esprimere francamente il mio pensiero. E questo si è che in riguardo alle ristrettezze pelviche l'indicazione della ovaro-isterotomia cesarea si aggiri approssimativamente nella stessa cerchia che già quella del taglio cesareo classico. Or bene questo dalla maggioranza degli ostetrici si riteneva *preferibile* al disotto di 54-60 mm., secondochè si operava nelle città da specialisti rotti a tutte le difficoltà della pratica, ovvero nelle campagne, elevando ancora tale limite di qualche millimetro, ove si fosse trattato di pelvi universalmente ristretta, ovvero di presentazione del tronco. Ma poichè l'innovazione introdotta ha migliorato innegabilmente i risultati del taglio cesareo, siamo pur larghi, eleviamo il suo limite fino a 65 mm., ma al di là di questo limite, o Signori, havvi ancora un vasto campo che, a mio avviso, non dovrebbe essere invaso dal taglio cesareo anche così modificato. Ben inteso che per me restano salvi i diritti non solo del parto prematuro, ma anche dell'aborto provocato e mi parrebbe un regresso se dopo quasi un secolo di lotta della scienza contro l'oscurantismo si dovesse rinunciare *intempestivamente* a questa conquista della scienza ed a questa risorsa dell'arte. Supponiamo dunque il caso in cui, trascorso il tempo utile per la provocazione dell'uno o

dell'altro, perchè la donna è arrivata a termine di gravidanza, ci troviamo di fronte ad una ristrettezza che noi ammetteremo come superiore a 65 mm., come precisamente nella 1ª osservazione di cui vi ho parlato. Nel nostro caso, voi l'avete sentito, si è praticata l'embriotomia, e la si è praticata a feto vivo perchè schivi da ogni dannoso compromesso colla nostra coscienza. Certo io non voglio entrare nel labirinto inestricabile della coscienza umana e tanto meno imporre il verdetto della mia alle coscienze altrui. Chè se la coscienza individuale si ribellasse a tale misura, e se d'altra parte ripugnasse attendere la morte del feto, come alcuni consigliano o la madre rifuggisse dal sacrificio della sua creatura, non per questo mi deciderei a praticare il taglio cesareo seguito dall'amputazione utero-ovarica. Noi ci troviamo di fronte a casi in cui è forse attuabile con successo in una gravidanza futura la provocazione del parto prematuro o solo od in unione colla versione con manovre combinate od in connubio colla sinfisiotomia; ed è qui, o Signori, che mi sembra che allora la gastro-elitrotomia di recente tolta dal dimenticatoio dagli ostetrici americani, possa avere ragioni di preferenza; è qui, o Signori, che mi pare possa essere ventilata anche l'opportunità della sinfisiotomia in unione col forcipe o colla versione, della sinfisiotomia, quest'altra gloria italiana, poichè è in Italia che praticavasi per la prima volta. Solo mentre a Sigault in Francia si decretavano pensioni ed onori e si coniavano medaglie, in Italia un'oscura tomba accoglieva le spoglie di Domenico Ferrara, tomba profanata e distrutta poscia nel periodo di reazione del 1848 perchè quel sommo ostetrico era colpevole di tendenze troppo liberali (1). Ma anche di fronte a tali

(1) Vedi il lavoro del prof. Raffaele Novi — *La Sinfisiotomia in Napoli.* — Nel quadro statistico delle sinfisiotomie eseguite nell'Ospedale degli Incurabili dal 1° gennaio 1866 al 26 settembre 1872, quadro che chiude detto lavoro, figurano 14 sinfisiotomie operate nei limiti da me accennati vale a dire tra 65 e 75 mm.; e di dette operate cinque sono morte, mentre tutti i bambini furono estratti vivi ad eccezione di uno. Vedi pure l'osservazione di Raffaele — *Sinfisiotomia e Parto prematuro.* — (*Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria.* Marzo 1880).

risorse, io resto partigiano convinto della embriotomia a feto vivo, perchè estremamente più favorevole agli interessi della madre. L'eterna questione se maggior valore abbia la vita della madre o quella del feto fu in questi giorni rinfocolata da coloro, i quali vorrebbero attuata l'amputazione utero-ovarica anche nel campo delle indicazioni relative, poniamo quindi fino a 75 mm., poichè al di là di questo limite si può sperare nelle risorse dell'ostetricia conservativa. So che in qualche raro caso il parto avvenne spontaneamente anche al disotto di 75 mm., so pure che in qualche altro rarissimo l'arte pervenne ad estrarre un bambino vivo colla versione qualche millimetro al disotto della ristrettezza accennata. Ma qui è proprio il caso di ripetere con Pajot, lo spiritoso e brillante Professore di Ostetricia della Facoltà Parigina « le tel a reussi, tant pis ». Egli è, o Signori, che i casi eccezionalmente favorevoli ingenerano illusioni, che riescono poi fatali centinaia di volte. Dunque fra 65.75 mm., noi non possiamo far calcolo sulla possibilità di avere un bambino vivo col forcipe o colla versione. Or bene gli entusiasti fautori dell'amputazione cesarea utero-ovarica è fino a tale limite che vorrebbero attuarla a feto vivo. In tal modo essi dicono, poggiati sull'attuale statistica dell'operazione di Porro, noi salviamo il 44 0/0 delle madri ed il 90 0/0 dei bambini. Io ho già più sopra accennato come entro i limiti testè indicati io mi arretri davanti alla mutilazione della madre non solo e non tanto perchè ancora mi sorride la speranza per quanto lontana di salvare la vita del feto in una gravidanza successiva, ma anche e più perchè l'embriotomia nella ristrettezza accennata permette una prognosi di gran lunga più favorevole. Chè se poi la madre rifuggisse dal sacrificio della sua creatura allora praticherei piuttosto la gastro-elitrotomia, la sinfisiotomia, al postutto il taglio cesareo classico colla sutura uterina. Ma prescindiamo un momento da questo: io voglio svelarvi gli errori contenuti in tale calcolo o da esso mascherati. Essi dicono noi così facendo salviamo il 90 0/0 dei bam-

bini: se noi prendiamo per base dei nostri calcoli la statistica attuale del metodo Porro, il procento dei bambini salvati è alquanto minore (80 0|0 a m.), ma, io voglio concedervi che sia tale, ma quanti di tali bambini sopravvivono? In S. Caterina si sono praticate sei ovaro-isterotomie, si sono estratti sei bambini vivi: ebbene vi dirò che di questi tre sono già morti ed appartengono precisamente alle madri guarite e mogli legittime ora impotenti a concepire ed a generare: in 4 casi di Lucas-Championnière è avvenuto altrettanto di 2 nei primi giorni di vita, lo stesso è avvenuto del bambino estratto vivo dal Coggi. Dunque quando la necessità lo richiede, come nelle ristrettezze assolute noi dobbiamo fidenti saper compiere la mutilazione della madre perchè l'umanità ce lo comanda, ma nelle ristrettezze relativamente lievi il fantasma della vita del feto, non deve trattenerci dal praticare l'embriotomia, perchè è con essa che si tutelano efficacemente gli interessi della madre. A farvi risaltare i vantaggi della embriotomia sempre nei limiti accennati vi dirò che sopra 18 operazioni embriotomiche sul capo in ristrettezze da 62 a 78 mm., praticate in questo Ospizio nel periodo di tempo in cui al taglio cesareo classico si sostituì il metodo Porro si ebbero 3 casi di morte, dunque il 16,66 0/0, vale a dire la metà della nostra mortalità del taglio cesareo, il quarto quasi della sua mortalità complessiva. Notate che nei 18 casi soprannominati non v'è elezione di sorta e che in essa è compresa una donna osteomalacica entrata agonizzante nell'Ospizio e che io liberai coll'embriulcia in presenza dei dottori Negri, Casati, Bertolone e Berra. Ciò mi porge occasione ad accennarvi come le considerazioni sovraccennate si applichino al bacino rachitico poichè trattandosi di osteomalacia noi dobbiamo anzitutto assicurarci se la trafila pelvica sia o no estensibile. Nel caso infatti che v'ho poco anzi citato, la ristrettezza pelvica era tale da indicare il taglio cesareo in modo assoluto a feto vivo e a feto morto, eppure colla mano atteggiata a cono riuscii con relativa facilità a discostare

quelle ossa quasi accasciate su di loro ed a introdurre sulla sua guida l'uncino liberatore, unico strumento la cui applicazione fosse opportuna, forse possibile in simile pelvi. Ma è tempo che io riepiloghi il mio pensiero a proposito delle indicazioni offerte dalle ristrettezze pelviche. Al disotto di 65 mm., a feto vivo, farei il taglio cesareo e ad esso farei sempre seguire l'amputazione utero-ovarica perchè ne migliora innegabilmente la prognosi; e se il feto fosse morto abbasserei il limite della embriotomia fino a 50 mm.: tra 65 e 75 mm., non esiterei dinnanzi al sacrificio del feto e perchè l'embriotomia dà per la madre una mortalità di gran lunga minore, e perchè, *almeno verso il limite superiore*, non mi toglie la speranza di avere un bambino vivo in una gravidanza successiva colla provocazione del parto prematuro. Che se in tale caso la madre rifuggisse dal sacrificio del feto, non mutilerei la donna, ma darei la preferenza alla gastro-elitrotomia od alla sinfisiotomia: al disopra poi dei 75 mm. mi appiglierei naturalmente alle risorse della ostetricia conservativa cioè al forcipe od alla versione a seconda delle modalità del caso concreto, salvo a praticare l'embriotomia, se questi mezzi rimasero infruttuosi.

Qualche volta però l'ostetrico, benchè molto più di rado, non si trova di fronte ad ostacoli frapposti dalla pelvi ossea inestensibile, ma ad ostacoli insediati nelle parti molli della filiera genitale e che non perturbano meno il regolare compimento della funzione riproduttrice. Voglio qui alludere *in modo speciale* alle vaste atresie vaginali ed alle neoformazioni uterine. Le prime, *quando non sono riparabili dall'opera del chirurgo*, costituiscono una delle indicazioni più formali dell'ovariotomia normale, se l'utero è vacuo, dell'amputazione utero-ovarica se la donna è gravida; ed è inutile che io mi dilunghi su tale indicazione tanto più valida inquantochè l'atresia cicatriziale della vagina può conseguire ad una precedente operazione embriotomica laboriosa, richiesta a sua volta da grave stenosi pelvica come nella 5ª ovaro-isterotomia cesarea praticata in questo istituto ostetrico.

Quanto alle neoformazioni uterine due noi dobbiamo specialmente studiarne, i fibromi ed il cancro dell'utero. Non è qui il luogo di tracciarvi neppure a grandi tratti la storia naturale dei fibromi in relazione colla gravidanza, col parto o col puerperio. Ripeterò quivi piuttosto le parole che in un mio lavoro su tale argomento pubblicato due anni or sono, scrivevo, discutendo le indicazioni della embriotomia e del taglio cesareo in tale complicanza. « Quando il tumore non è respingibile, quando esso non è » amovibile dalla vagina e l'ostacolo frapposto dal tumore o dai » tumori non è superabile che con una operazione embriotomica » grave e forse di riuscita problematica, la quale mentre di- » strugge la vita del feto, mette in serio pericolo la vita della » madre, lasciandola poscia con una grave affezione, perchè » non daremo noi la preferenza al taglio cesareo seguito dall'am- » putazione utero-ovarica, salvando in tal modo la vita del bam- » bino ed allontanando così unitamente all'utero anche i fibromi » di cui è sede? L'iniziativa di Storer, a mio avviso, merita di » essere seguita non solo ma di trovare in questa complicanza » più largo campo di azione » (1).

Meno frequente ma più micidiale è l'altra neoformazione di cui voglio parlarvi e che a mio credere ben di frequente può costituire una indicazione assoluta di amputazione cesarea-utero-ovarica. In questi casi naturalmente non può parlarsi di amputazione sopra-vaginale ma di esportazione totale. I progressi fatti in questo ultimo decennio nella tecnica della laparotomia, i brillanti ed insperati successi ottenuti tolsero al peritoneo la triste fama del *noli me tangere* e ci addomesticarono all'idea delle operazioni più ardite. L'esportazione totale dell'utero canceroso, che, praticata al principio di questo secolo tanto per la via vaginale, quanto per quella ipogastrica, aveva pur dato qualche esito felice, fu ri-

---

(1) Mangiagalli — I fibromi uterini studiati nella gravidanza, nel parto, e nel puerperio — *Annali Universali di Medicina*, 1878.

chiamata in onore da Freund attualmente Professore di Ostetricia e Ginecologia a Strasburgo colla proposta di un nuovo processo. Tale processo che nelle mani del suo autore aveva dato il 50 0/0 di esiti felici, nelle mani di altri operatori diede risultati meno fortunati e qualche volta esito costantemente letale. Io vidi praticato tale atto operativo a Berlino da Schroeder; esso certamente è circondato da non poche difficoltà, ma queste non sono tali che non si riesca agevolmente a superarle mediante un po' d'esercizio sul cadavere, ne è certo l'alta mortalità che deve farci rigettare in modo assoluto un atto operativo e voi tutti potete ricordare il modo con cui fu accolta l'ovariotomia, e voi tutti potete ricordare come nei primordii ella offrisse il 90 0/0 di mortalità e pure essa attualmente ha percorso trionfalmente il suo cammino anche in Italia. Non vogliamo essere meno progressisti dei nostri avi e ricordiamo che quel sommo chirurgo, col nome del quale i memori nepoti consacrarono quest' aula in cui ci troviamo, dimostrava attuabile col fatto in questo stesso Ospedale l'esportazione totale dell'utero canceroso il 12 aprile 1813. Più formidabile sarebbe l'obbiezione che riguarda la facile e quasi ineluttabile recidiva, quantunque le stupende ricerche di Klotz e di Gusserow dimostrando come le diramazioni cancerigne, si diffondano precocemente in alto nel contesto muscolare, molto tardivamente invece si estendano al rivestimento sieroso, deporrebbero contro i metodi finora seguiti, a favore invece della esportazione totale. Comunque sia, ben diverse sono le cose quando si tratta di un utero vacuo e di un utero gravido: in quest'ultimo caso è la necessità stessa che inesorabile può imporsi anche allo spirito più pusillo. Vogliate con me immaginare una donna affetta da vasta degenerazione cancerosa della cervice uterina e gravida a termine; il feto è vivo, nel caso concreto sono inutili gli spedienti dell'ostetricia conservativa e l'embriotomia qualche volta impossibile, quasi sempre laboriosa distrugge la vita del feto, mette a repentaglio la vita della madre, ovvero la lascia con una infermità ango-

sciosa, ributtante, inesorabile. In tali circostanze dovremo noi arretrarci dinnanzi alla *extrema ratio* del taglio cesareo che salva la vita del bambino e quindi colla esportazione totale dell'utero ci offre le possibilità di guarirla temporariamente o permanentemente dalla sua affezione, che costituisce un decreto di morte a breve scadenza? (1) Un mio egregio collega, il dottor Chiarleoni, pur attenendosi in parte a questo concetto ha seguito una via diversa: estratto il feto con una operazione embriotomica, ha rovesciato l'utero, esportandolo quindi in totalità. Io mi sono dimandato se tale processo non potrebbe elevarsi alla dignità di metodo ed essere adottato nella generalità dei casi. A me sembra di no, ad ogni modo, devo porgervi ragioni non affermazioni. Io rimprovero al processo seguito dal dottor Chiarleoni anzitutto di esigere quasi costantemente il sacrificio del feto e l'obbiezione non mi pare senza valore. Accettando infatti il taglio cesareo nei

---

(1) Il cancro uterino è una delle complicanze più micidiali della gravidanza, tanto per la madre, quanto pel bambino, Cohnstein, (Arch. f. Gynaeck. Bd. 5.°) raccolse 126 casi: di queste donne soltanto 54 erano superstiti a termine di puerperio. Ancora più sfavorevole è il risultato pei bambini poichè sopra 116 bambini, di cui si è dato cenno, 74 nacquero morti, ed eguale sarà stata probabilmente la sorte di quelli di cui non si è fatto cenno. In questa complicanza l'aborto spontaneo avviene relativamente di rado: sopra 100 casi analizzati da Cohnstein, 88 volte la gravidanza giunse a termine; è anzi in questa complicanza che si osservarono di frequente casi di parto pretermesso (missed labour). Ad ovviare alla spaventevole mortalità dei bambini si propose e si fece l'amputazione del collo nel corso della gravidanza e a termine di essa. Benicke il quale ci riferisce i risultati ottenuti nella clinica di Schroeder (Zeitschrift f. Gebüsrtsh u. Gynaeck. IBD. IIH.), ci comunica cinque casi così compendiati:

1° Cancro del labbro posteriore e della cervice, allontanamento della neoproduzione col cucchiaio di Simon al 7° mese della gravidanza. Sei giorni più tardi *parto facile* di un bambino vivo che muore dopo alcuni giorni. Recidiva.

2.° Cancro del labbro posteriore. Operazione al 5° mese di gravidanza. Parto facile di un bambino vivo al termine normale di gravidanza.

3.° Cancro del labbro posteriore: esportazione coll'*écraseur* al 6° mese: apertura dello spazio di Douglas. Alta febbre. Aborto. Guarigione.

4.° Cancro della porzione vaginale. Operazione circa alla fine di gravidanza: *facile parto* di un bambino, operazione di una recidiva.

5.° Cancro iniziantesi della porzione vaginale. Amputazione di questa nel 5° mese. Aborto. Endometrite decidua diffusa.

casi di cancro uterino io subordino il concetto chirurgico al concetto ostetrico, la vita della madre, ormai condannata a più o meno breve scadenza, alla vita del feto; mi preoccupo anzitutto della salvezza del bambino, e quindi praticato il taglio cesareo ed estratto il feto, faccio seguire l' esportazione totale dell' utero in vista di liberare la madre dal suo neoplasma. Ma è specialmente nel campo del tecnicismo operativo dove mi sembra che il processo seguito presenti il fianco a formidabili obbiezioni. Una volta iniziato l'atto operativo siamo noi sicuri di condurlo a termine? E questa o Signori è la principale condizione perchè un processo possa chiamarsi rigorosamente scientifico. Certo l'egregio dottor Chiarleoni lo condusse a termine, ma se ciò torna a lode dell' abilità dell' operatore, non torna necessariamente a lode del processo seguito. Mammane ignoranti hanno rovesciato accidentalmente l'utero e quindi strappatolo hanno visto la donna guarire. Ma guai se la bisogna fosse così facile! Ma in realtà è difficile e deve esserlo tanto più quando afferrato il fondo uterino con una pinza uncinata, lo si deve far passare attraverso il canale cervicale infiltrato, indurito dalla massa neoplastica. E se la pinza dopo avere ripetutamente uncinato, maltrattato, profondamente leso il fondo uterino non riescisse a tirarlo all'ingiù? Ma supponiamo compiuto l' arrovesciamento del fondo e del corpo; altra difficoltà deve presentarci l' arrovesciamento della cervice infiltrata e quindi della vagina, poichè è su di questa che deve cadere il laccio di costrizione onde riescire su parti sane. Ma le difficoltà e gli accidenti, o Signori, si accumulano: prescindo dalla possibilità di una emorragia letale, prescindo dalla possibilità di uno *shock,* dovuto ai lunghi maneggi, che ci lasci la donna morente quando siamo riusciti ad arrovesciare l' utero, ma nell' infundibolo formato dall' utero arrovesciato possono insinuarvisi le anse intestinali e la vescica *tenacemente adesa* alla parete anteriore dell'utero e noi non abbiamo alcun mezzo *sicuro* nè per prevenire nè per rimediare a simili accidenti. Egli è per tali ragioni che

in via generale io ripudierei tale atto operativo e mi appiglierei invece al processo di Freund, quale venne modificato da Kocks, in vista specialmente del fatto anatomico da questi dimostrato, che nell'utero gravido, l'arteria uterina scorre alquanto più discosta (2-3 m.) dal margine uterino che non nell'utero vacuo. Questo processo mentre mi dà la certezza di estrarre un bambino vivo, mi porge pure la sicurezza di portare a compimento l'atto operativo, chè se accidenti si presenteranno, questi saranno provenienti o da circostanze eccezionali, o dalla imprevidenza o dalla inabilità del chirurgo, ma non saranno legati in modo intimo ed inesorabile col processo operativo. La mia proposta non è per altro inconciliabile colla via battuta dal dottor Chiarleoni. Aperto il cavo addominale, inciso l'utero, estratto il feto non si potrebbe, non volendo adottare la maniera di Freund, arrovesciare l'utero direttamente dall'addome? In tal modo mi sembra che non si perdano di mira gli interessi del feto e che più si favoriscano quelli della madre, poichè arrovesciando l'utero direttamente dall'addome, più facile è la bisogna e riesce possibile sorvegliare l'infundibolo, affinchè non vi s'insinuino nè la vescica nè le anse intestinali.

Veniamo ora all'ultima fonte di possibile indicazione dell'amputazione cesarea utero-ovarica, voglio dire alle rotture dell'utero gestante. Se noi passiamo in rassegna i risultati di tale terribile accidente, abbandonato alla natura la nostra mente resta presa da sgomento: egli è per questo, o Signori, che mi dimando anch'io col mio maestro il prof. Chiara « se l'ostetricia non possa proprio nè » sappia trar qualcosa di meglio, di chirurgicamente più efficace » che l'accidiosa inutile, micidiale aspettativa ». L'Alessandrini formulava la proposta, una volta constatata la rottura d'utero, di far seguire tosto la gastrotomia e l'amputazione dell'utero rotto in una determinata serie di casi. Nell'anno testè decorso venne battuta una via diversa dal Black in America, dallo Schroeder in Germania. Praticata la laparotomia si passò alla cucitura con o

senza previa resezione dei margini della squarciatura. Nei quattro casi venuti a mia conoscenza, di cui uno spettante al Black e tre allo Schroeder sventuratamente si ebbe la morte. È quindi lecito tentare una nuova via, l'amputazione utero-ovarica *quando la sede della rottura ce lo permetta.*

Voi vedete, o Signori, che anche non seguendo coloro i quali vorrebbero estesa l'ovaro-isterotomia cesarea al campo delle indicazioni relative nelle ristrettezze pelviche, uno splendido e fecondo avvenire è riservato all'ardita innovazione ideata ed attuata dal prof. Porro. Lo spirito umano, o Signori, non si arretra dinanzi ad alcune difficoltà e le audacie dell'oggi divengono la pratica quotidiana del dimani. Nel campo scientifico il detto Oraziano — *ad vetitum semper petimus* — sia pure la nostra bandiera, poichè la scienza non riconosce colonne d'Ercole e al di là delle conquiste attuali intravede sempre nuovi orizzonti e nuovi ideali (*).

Nota dei casi a me conosciuti coi risultamenti statistici.

In Italia.

Operatore	Numero delle operazioni	Esito per la madre		Esito pel feto	
		guarite	morte	vivi	morti
Porro	1	1	—	1	—
Chiara (Mat. di Milano)	4	2	2	4	—
Mangiagal. (Mat. di Milano)	2	2	—	2	—
Inzani	1	—	1	1	—
Previtali	4	—	4	??	?1
Franzolini	1	—	1	—	2 (1)
Tibone	3	1	2	3	—
Perolio	1	1	—	1	—
Coggi	1	—	1	1	—
Peyretti	1	—	1	1	—
Berruti	1	1	—	1	—
Chiarleoni	1	—	1	1	—
Cuzzi	1	—	1	1	—
Valtorta	1	—	1	—	1
	23	8	15	17	4

Mortalità nella Maternità di Milano 33,33 per %

Mortalità in Italia non compresi i nostri casi 76,47 %

Mortalità italiana complessiva 65,21.

Fuori d'Italia.

Operatore	Numero delle operazioni	Esito per la madre		Esito pel feto	
		guarite	morte	vivi	morti
Storer	1	—	1	—	1
Hegar	1	—	1	1	—
Spaeth	2	1	1	1	1
Carlo Braun	5	3	2	5	—
Gustavo Braun	2	1	??	2	—
Müller	1	1	—	—	1
Wasseige	2	1	1	2	—
Litzmann	1	—	1	1	—
Breisky	1	1	—	1	—
Riedinger	1	1	—	1	—
Fehling	1	—	1	1	—
Fochier	1	1	—	1	—
Tarnier	2	1	1	1	1
L. Championn.	4	2	2	4	—
Prevost (Mosca)	2	1	1	?	??
Hausner	1	—	1	—	1
	28	14	13	21	5

Omettendo il 2° caso sopraccennato di G. Braun si avrebbe la mortalità del 48,14.

Mortalità complessiva 56 %

Quanto ai bambini in 51 ovaro-isterotomie cesaree si estrassero 52 bambini, essendo gemellare la gravidanza nel caso di Franzolini, di 5 di essi non conosco il risultato, degli altri 47, *nove* furono estratti morti, il che ci dà la mortalità del 19,14 %. — Notisi come, *senza aver fatto indagini speciali,* mi consta essere morti, tre dei sei bambini estratti vivi a S. Caterina, il bambino estratto dal Coggi, e due spettanti ai casi di Lucas Championniere. E cosa sarà dei bambini di cui *non è indicata* la sorte? E quanti saranno sopravvissuti degli altri estratti vivi? Teniamo pur calcolo dei risultati apparenti e reali del parto prematuro, ma teniamo calcolo altresì dei risultati apparenti e reali del taglio cesareo prima di volere estendere le indicazioni dell'amputazione utero-ovarica alle ristrettezze pelviche relative

(1) Gravidanza gemellare.

(*) La interessante osservazione di sinfisiotomia pubblicata dal dott. Raffaele nel numero di marzo di questo istesso giornale portava sul finire il periodo seguente:

« I pratici cadono nell'eccesso contrario; prima sacrificarono il » feto *con cuor leggiero*, e le operazioni cruente sulla madre erano » accettate solo allorchè fatalmente necessarie; oggi invece vo- » gliono assicurare la vita del feto a costo de' più grandi rischi, » a costo della morte della madre. »

Queste parole contengono un rimprovero assai grave; ammetto pure che qualche ostetrico possa forse meritarlo; dico forse, perchè ufficialmente a noi non consta che sia veramente; ma per quanto spetta alla Scuola di Milano i lettori che avranno meditato sia pur brevemente la bella conferenza del Mangiagalli si saranno convinti che non merita il detto rimprovero; e credo che così vorrà conchiudere ancora il Raffaele quando avrà letto che da noi *la sezione cesarea modificata* si tiene ne' limiti del taglio classico sebbene con quella si abbiano avuti ottimi risultamenti.

Domenico Chiara
Direttore della Scuola ostetrica di Milano.

CEFALOTRIBO O CRANIOCLASTA?

CENNI STORICO-CRITICI

SULLA TERAPIA OSTETRICA NEL VIZIO PELVICO

(Continuazione alla pag. 179, fasc. 3.º — 1880).

Modificando opportunamente lo strumento col fenestrarlo, e diminuendone il volume ed il peso si diminuì ma non si abolì completamente il danno possibile, ed il cefalotribo strumento da portarsi sui lati del bacino sarà ognora dai più quale trattore respinto. Tarsitani per rimediare in parte al male, riprese l'idea dell'Assalini ed esagerando la curva della branca posteriore e dando una configurazione ad *S* italica alla branca anteriore che rese pure curva colla convessità rivolta internamente, ideò uno strumento da portarsi secondo lui, in relazione col Diam. Ant. Post., e quindi che, sia schiacciando come traendo, avendosi sempre in relazione coi diametri trasverso ed obliqui del bacino le parti fetali necessariamente allungate per l'opposta compressione, doveva ovviare ai su notati inconvenienti. Con qual fortuna pratica sia stata suggerita la modificazione, la clinica non dice, trovandola solo teoricamente descritta e raccomandata dal Morisani.

A Torino l'ingresso nella pratica del cefalotribo si fece relativamente per tempo. L'Aliprandi nel suo trattato già ne dà la descrizione. Da comunicazione verbale fattami dal prof. Giordano mi risulta che la prima cefalotripsia fatta con questo strumento ri-

sale al 1850 e venne eseguita dall'Aliprandi col Giordano allora suo assitente nella sezione nubili della Maternità di Torino. Questo fatto clinico rimase inedito. Lasciò pel suo volume e forme poco buona impressione negli animi degli operatori, ed infatti passata la direzione della Scuola ostetrica nelle mani del Secondo, questi continuò nelle sue simpatie per l'embriulcia lasciando inoperoso il formidabile cefalotribo che è tuttora nell'armamentario ed ha il peso di 1860 grammi ed è lungo 59 centimetri.

Infatti dai rendiconti clinici dal 1853 al 1860 non trovasi più menzionato tra gli altri questo metodo di embriotomia. Bisogna venire al 1861 per trovare nei registri un' applicazione di cefalotribo. La medesima opinione continuò in chi successe nella direzione clinica al Giordano. È noto e chiaramente si rileva dalle riviste cliniche che non ostante l'acquisto del cefalotribo del Blot, meno pesante e più semplice nell'apparecchio di compressione, questo mezzo venne molto parcamente impiegato dal professor Tibone. È solo nel 1870 che vediamo rompersi pubblicamente e francamente una lancia in favore della cefalotripsia esterna dall' attuale Direttore dell' Istituto ostetrico di Torino, quando comparve il cefalotribo fenestrato i di cui pregi furono tosto riconosciuti e quindi tentata la sua pratica utilità. Per un po' di tempo lo strumento fu in favore, anzi si può dire che la cefalotripsia esterna regnò sovrana sino al 1875, epoca in cui venne detronizzata completamente dal cranioclasta. È inutile che io mi diffonda ad esporre i motivi della sostituzione. L'ideale pel Tibone si fu ognora di trovare un metodo che con strumenti di piccole dimensioni e volume, con minor tema d'attrito sulle parti materne e facile nel suo impiego, potesse rispondere ai bisogni della pratica nei casi di competenza del cefalotribo. Questo mezzo pare che sino ad un certo punto si possa avere colla cefalotripsia interna del Fabbri, modificato lo strumento e con la cranioclastia come la intende ed applica il Braun di Vienna; usati questi due metodi separatamente od in connubio. È vero che l'uncino acuto risol-

verebbe molto più semplicemente la questione. L'applicazione sua non è difficile. La presa è, se debitamente applicato, sicura ed il modo di agire nonchè i risultati suoi dimostrano il vantaggio pratico che da esso se ne può desumere. Sta però il fatto che il suo impiego non è scevro d'inconvenienti sia per la madre come per l'operatore e che la generalizzazione nella pratica generale di tale mezzo potrebbe in mani non molto esperte produrre guai non lievi. Sarà ognora un mezzo eccellente nella pratica ospitaliera, nelle mani dell'ostetrico abituato alle difficoltà del parto e renderà ognora in molti casi di estrazione ribelli agli altri metodi buonissimi servizii, ma con ciò io non credo che lo si possa raccomandare a preferenza degli altri strumenti.

Quale sia stato il metodo di pensare dei due direttori della Clinica di Torino per l'embriotomia meglio di me lo dimostra il qui unito quadro statistico, che comprende l'epoca trascorsa tra il 1858 e tutto il 1875; dopo d'allora, già lo dissi, la cranioclastia ottenne la preferenza e parlando di essa accennerò pure ai varj casi clinici comprovanti la pratica.

(Vedi Prospetto).

Cefalotripsie eseguite nella Clinica Ostetrica di Torino dal 1858 al 1875.

ANNO SCOLASTICO	N. d'ordine	INDICAZIONI DELL' OPERAZIONE	METODO E STRUMENTO USATO	ESITO PER LA MADRE	OSSERVAZIONI
1858-59	1	Bac. P. R. C. V. 81	Craniotomia - Estrazione coll'uncino acuto.	morta	
1859-60	2	Unifor. ristr. di 2° grado	Cefalotribo Baudeloque	felice	Il cefalotribo servì come schiacciatore e trattore.
1860-61	3	» di 2° grado	Craniotomia e forcipe-espulsione spontanea.	»	
1861-62	4	» C. V. 70	id. ed uncino acuto.	morta	Morì di processo pneumonico.
1862-63	5	Bac. Piat. Rach. C. V. 68	Craniotomia e cefalotribo di Baudeloque.	felice	Si fece descrivere un moto rotatorio al cefalotribo e si estrasse la testa.
1863-64	6	» C. V. 54	id. espulsione spontanea.	morta	Fu provocato il parto al 7° mese.
1864-65	7	?	Craniotomia. Estrazione col forcipe.	felice	
1865-66	8	Unifor. Ristr. C. V. 76	id. Estrazione coll'uncino.	morta	La madre fu portata moribonda all'ospizio e colla testa fetale rimasta solo nell'utero.
1866	9	Piatto-Rachot. C. V. 69	Id. col forcipe.	»	
1867-68	10	» C. V. 63	Applicaz. 1ª di forcipe Sega.	»	Il feto pesava 3500 senza cervello.
1868	11	» C. V. 75	Rivolgimento. Cefalotr. Blot. estraz. coll'uncino acuto.	»	
1870	12	Uniform.-Ristr. C. V. 71	Forcipe e craniotomia.	felice	
»	13	Obliquo rach. C. V. 55	Craniot., cefalotribo Lollini.	»	Esposto dal Tibone all'Accad. medica di Torino l'anno 1870. Servì pure per l'estrazione in ogni caso in cui fu applicato.
1871	14	Piatto rach. C. V. 65	Id.	morta	
»	15	Osteomalacia C. V. 70	Id.	felice	
1872	16	Piatto rach. C. V. 72	Estrazione col cranioclasta.	morta	Si adoperò quello del Simpson come trattore.
»	17	» C. V. 80	Craniot., cefalotribo Lollini.	»	
»	18	» C. V. 80	Id.	felice	Il feto pesava 4000 grm. senza cervello.
»	19	» C. V. 78	Id.	»	Peso del feto senza cervello gr. 3600.
1872-73	20	» C. V. 75	Id.	»	
1873-74	21	» C. V. 71	Id.	»	Feto col peso di grm. 3500 senza cervello.
»	22	Semplice piatto C. V. 85	Cranioclasta Simpson.	»	
1874-75	23	Piatto rach. C. V. 80	Craniotomia e forcipe.	»	Craniotomia col trapano Guyon. da quest'epoca si usò quasi esclusivamente la cranioclastia (1).
1875-76	24	» C. V. 50	Cefalotribo Rizzoli.	»	

(1) Se a queste 24 osservazioni si aggiungono le 6 operazioni di cranioclastia eseguite negli anni 77-78-79-80, si ha un totale di 30 embriotomie con 19 decessi e quindi col 34 0[0] di mortalità. Se guardiamo l'esito dell'ultimo decennio su 19 embriotomie si ebbero solo più 4 decessi cioè il 21 0[0] di mortalità, miglioramento nell'esito che si deve porre a carico dei nuovi strumenti usati, più leggeri e di poco volume e di poco attrito su tessuti interni della madre.

Da questo quadro chiaramente risulta il concetto che il cefalotribo prima del 1870 era strumento poco usato e si furono le modificazioni del Lollini che ne ingentilirono le forme e più facile resero l'uso che lo fecero adottare con abbastanza felice esito per la madre. Le opportune variazioni fecero sì che l'ostetrico osò imprimere con esso moderate trazioni e qualche moto rotatorio senza la continua tema di produrre gravi guasti sulle parti compresse.

Anche nel pensiero dei fautori del cefalotribo in Italia fu quest'operazione trovata difficile al disotto dei 6 centimetri e mezzo specialmente poi se si trattava di bacini asimmettrici o generalmente ristretti. Le opinioni variarono circa la tecnica operativa. Per ciò che riguarda le indicazioni, queste subirono le oscillazioni che una maggiore o minore simpatia poteva inspirare, non che le variazioni che il criterio individuale desunto dalle operazioni praticate o da esperienze poteva assegnare. Così il Tibone nel bacino simmetrico scese a 5 centimetri e 1[2. Porro vorrebbe portare l'impiego del cefalotribo sino a 40, almeno lo crede possibile e non era forse alieno di tentarne l'applicazione prima della modificazione da lui apportata al taglio cesareo. Balocchi e Lovati fissano il limite inferiore minimo a 48. Morisani a 50. La maggioranza però ritiene che sotto i 65, è impresa malagevole ed il di cui esito relativamente alla madre è di prognosi riservatissima. A comprovare questo modo di vedere il Morisani nel suo Trattato sulle operazioni ostetriche riporta la statistica del Jones in cui il 75 0[0 di donne operate col cefalotribo con vizio inferiore ai 45 millimetri morirono. Circa l'interesse speciale pel feto si lasciò alla libera scelta l'assioma della Scuola di Parigi ed i più *dichiararono e dichiarano tuttora* essere il cefalotribo strumento da applicarsi solo sul feto morto (1). Ma se non si osò perforare cranj di feti il

(1) In alcune lezioni fatte dal Chiara sull' embriotomia nell'anno in corso nel l'Istituto Ostetrico di Milano, quest'egregio ostetrico si sarebbe scostato da questo modo generale di vedere. Il brillante esito che nella Clinica da lui diretta ha

cui battito cardiaco era lì pronto a protestare, tacitamente si seppe girar la questione ed, aspettando, veder cessare il dubbio sulla vitalità del feto, così almeno si fece da alcuni. Fu giudicata universalmente necessaria ed insegnata dai maestri la previa perforazione del cranio insistendo sul fatto essere il cefalotribo strumento da farsi agire su testa svotata del contenuto. Sorse però la questione sul come e quando praticarla. Così mentre la Scuola di Pavia in questi ultimi anni credè più sicuro il perforare dopo l'applicazione dello strumento, altri pensarono l'opposto ed a Torino e a Milano la craniotomia si fa ognora a testa libera, non osservandosi alcun danno e qualche vantaggio speciale da qnesta pratica; si è però la trapanazione in genere il metodo che si dovrebbe preferire.

La cefalotripsia a sedute ripetute trovò solo praticamente un seguace. Ch'io mi sappia l'unico caso di cefalotripsia esterna col processo del Pajot reso pubblico si fu quello del Chiara a Parma nel 1870. La cefalotripsia esterna ebbe un'ultima sanzione nel Congresso medico di Pisa l'anno 1877. La discussione tenne varie sedute. I relatori (Tibone e Bergesio) perorarono per il cranioclasta manifestando il fermo loro convincimento sulla preferenza di quest'ultimo mezzo sui processi embriotomici extra-cranici. La maggioranza opinò non essere ancor sufficenti le prove, nè venuto il tempo per accettare incondizionatamente queste proposte. Fece voto che gli studj paralleli fossero continuati. Con questo mio lavoro adempio in parte ad un obbligo morale assuntomi allora, e continuo a difendere le opinioni della Scuola di Torino. Dai la-

---

la embriotomia, ottenendovi solo il 14 0[0 di mortalità (dedotti i casi di morte dovuta a lesioni ed accidenti mortali anteriori all'operazione), lo portano ad allargare il campo di quest'operazione ch'ei pratica, e non teme, sotto ai 65 mm. se la pelvi è piatta e non troppo asimetrica. L'aver osservato che il pronto intervento è arra di successo lo spinge, come Braun per il cranioclasta, riconosciuto il bisogno, a non esitare punto a operare sul feto vivo, servendosi poi per estrarlo, se la pelvi ha meno di 65 mm., a preferenza dell'uncino acuto che nelle sue mani, esclusi i casi disperati, da l'11 1[2 di mortalità; risultato di certo assai buono.

vori pubblicati, dai rendiconti, dalla pratica da me in persona studiata presso alcuni e da scritti particolari, posso riassumere la storia del cefalotribo in Italia nei seguenti punti: 1.° Preferenza assoluta, incondizionata per quello fenestrato; 2.° Ammesso da pochi il feticidio nell' utero, qualunque sia il mezzo a cui si accorda la preferenza; 3.° È ritenuto sotto i 6 cent. e 1|2 operazione malagevole e ricca di catastrofi, quindi propensione di accettare nelle attuali condizioni favorevoli la ovaro-isterotomia cesarea del Porro; 4.° Rinnegata l'interruzione abortiva della gravidanza, tolti i casi specialissimi, come l'insorgere dell'osteomalacia in gravidanze posteriori al matrimonio. Accettato il cefalotribo come strumento schiacciante dai più e da pochi come trattore, ricorrendosi per l'ulteriore liberazione agli altri mezzi che l'arte insegna. A parere del Tibone, il cranioclasta combinato colla basiotomia avrebbe la sua logica indicazione nel vizio pelvico grave per chi non fosse amante dal taglio cesareo, del cefalotribo o dell'uncino e quando il feto fosse morto.

Perchè accumulare due atti operativi quando con un solo si può raggiungere lo scopo? Perchè far agire il cefalotribo, porlo in sito, comprimere con esso le parti materne e poscia estrarre il feto coll'uncino, col forcipe, rivolgimento, cranioclasta; quando con quest'ultimo si può da solo frangere la base e compiere il parto non solo nei bacini di competenza del cefalotribo, cioè simmetrici con spazio ai lati sufficiente per collocare le branche; ma ben più quando un'asimmetria tra le varie parti della pelvi ci obbliga a rinunciare ai mezzi complicati e che richiedono spazio per la loro applicazione? Io non vo' ritornare sui rimproveri che alla cefalotripsia esterna si fece al Congresso di Pisa. L' aumento dei diametri opposti esiste pure benchè diminuito col cefalotribo Lollini. Di qui il bisogno per schiacciare per bene la base di moti rotatorii e di applicazioni in vario senso, cose non sempre possibili ed innocue in una pelvi ristretta. Soventi poi si deve estrarre e riapplicare lo strumento, e quindi il pericolo

degli attriti si ha ognora. Mi si objetterà che applicandosi il cefalotribo su testa libera allo stretto superiore come è indicato, lo spazio esiste ed i timori diventano esagerati; ma in ogni caso consolidano sempre più l'opinione di chi teme vederli nascere, quando si vuol fare funzionare come trattore lo strumento e che quindi ricorre ad altri mezzi per evitare questi guai. È chiaro che il maestro che conosce i danni possibili dell'uncino acuto il quale vuole perizia singolare nel suo maneggio, per scansare questi, propenda pel cranioclasta e lo raccomandi agli allievi perchè più innocua per la madre.

Per la notevole altezza a cui si mantiene il corpo fetale, per la curva della pelvi, esagerata per l'ordinario nel vizio pelvico e non sufficientemente pronunciata nel cefalotribo, al quale non si può dare analoga curvatura cefalica stante il poco spazio che deve occupare nel bacino, a misura che l'apparecchio compressore funziona, il capo deve cercare di sfuggire. Si può fissando il capo ovviare a questo inconveniente, ma molte volte la base scivola e si inclina e lo schiacciamento suo non può eseguirsi o solo in parte. È vero che le modificazioni Breisky-Lollini *permisero a* porzione del capo schiacciato d'insinuarsi nelle parti vuote delle cucchiaja, e rendendo la presa più solida fornirono alla trazione maggiore potenza; ma spesso questa non può compiersi perchè quando il vertice fetale è compresso, sebbene ripetutamente schiacciato si trasforma in un tutto solido che male si adatta alle curve e sporgenze del cavo pelvico e qualche volta contunde e lacera le parti molli.

Come pel forcipe così col cefalotribo fa d'uopo attendere una dilatazione negli orifici pel passaggio delle branche. Dilatazione che, come in pratica si vede, si fa per l'ordinario aspettare non poco nelle pelvi viziate e prolungandosi oltremodo questo periodo del soprapparto, facilmente le forze ne sono scosse e stremate preparando così il terreno ai futuri processi puerperali. Questo inconveniente coi nuovi cefalotribi sottili e di poco volume se è

in parte scemato non è completamente abolito. Cose che possono evitarsi con alcuni dei processi endocranici e colla cranioclastia, che bisognosi di poco spazio e di poca dilatazione agiscono per bene nell'estrazione, dilatando col cono craniano l'orificio lentamente e gradatamente allorchè si trae in basso dall'interno verso l'esterno.

Queste varie objezioni alla pratica della cefalotripsia esterna fece nascere dei dubbii sulla sua innocuità per la madre. Non ostante l'entusiasmo dei molti ed i brillanti successi di questi ultimi anni ci fu chi volle cercare se non si poteva aver di meglio. Essendo in molti il convincimento che il cefalotribo ha un limite naturale e razionale nel suo impiego, limite sotto cui il suo scopo salutare per la madre cessava, ne nacque il pensiero di cercare se con altri modi si poteva soddisfare ai bisogni della pratica e quindi si propose di tagliare, segare, laminare la base dallo esterno all'interno, cogli strumenti di Van Huevel i di cui successi furono eguali al cefalotribo di Joulin, Barnes, Hicks e Wasseige. Altri tentarono di distruggere direttamente le ossa della base rompendole nello speco cranico come Didot, Duges, Hubert, Guyon e Fabbri; mentre col Braun la maggioranza degli ostetrici tedeschi d'oggidì, ritenendo inutile ogni tentativo ed adottando la pratica dimostrata razionale dagli studii ed esperienze di Tilt, Hics e Barnes proposero di girare col cranioclasta l'ostacolo, che funziona in modo analogo all'uncino sostituendo diametri più favorevoli all'uscita, inclinando le parti afferrate, senza averne alcuno degli inconvenienti. È un fatto che la proposta dal Tibone e da me presentata al Congresso di Pisa, è logica ed è dai fatti dimostrata attuabile. Il connubio della cranioclasta colla rottura interna o sconnessione delle ossa basiche fatte colla pinza Fabbri modificata, può vincere sproporzioni inferiori ai sei centimetri; al disopra di questi qualunque sia la forma del bacino è sufficiente il cranioclasta Braun o Barnes, ed in che modo?

CAPITOLO V.

Cranioclastia.

Simpson accettando ed in parte modificando un' idea a lui anteriore fece costrurre una pinza ossea a becco d'anitra, di poca lunghezza, che demolita in parte la volta cranica esportando con essa le ossa, servisse pure colla presa solida alla ulteriore estrazione del vertice tutto. Non era contro l' ostacolo dalla base cranica frapposto, che mirava la proposta del clinico inglese; ma solo per togliere le sproporzioni nel bacino viziato della volta colla ristrettezza. Ma ben si sa essere questa parte superiore del capo fetale perforato e svotato del contenuto, compressibile e riducibile di molto, per cui un ostacolo serio non può presentarlo; il vizio in questi casi è di pertinenza della semplice craniotomia.

Il limite tra le operazioni craniotomiche e le cefalotritiche non è dato da veruno dei diametri della volta, ma bensì dal trasverso basilare, che secondo gli autori oscilla tra i 75 ed i 78 millim. Limitatissima era in questo modo l' azione del cranioclasta servendo solo come trattore in seguito alla semplice perforazione ed a processi ledenti la base.

Ma la cranioclastia del Simpson non è quella d'oggidì. Tra Lui, Barnes e Braun passa un reale divario. L'azione del primo è ristretta alle sproporzioni di minor conto; quella del secondo mirando direttamente ad ostacoli rilevanti è proposta pei vizii pelvici gravi di 3° grado. Inutile contro le sproporzioni tra conjugata e base, buona la pratica tutt'al più ad estrarre il capo nelle miti sproporzioni, non presentando la semplicità dell'uncino acuto cui mirava sostituire, la cranioclastia della Scuola di Edimburgo sarebbe caduta in disuso se non giungevano opportunamente a sollevarla gli studii del Braun.

Quale è lo scopo che si prefigge quest'ostetrico e quale il metodo che impiega per raggiungerlo? La testa craniotomizzata e svotata in parte del contenuto viene estratta nei vizii pelvici gravi, di competenza della cefalotripsia e dell'uncino acuto, feto morto o vivo, col cranioclasta; questo strumento raggiunge il fine suo nei bacini in cui i diametri materni sono minori dei feti, e togliendo il parallelismo esistente nelle presentazioni craniche della base col piano dello stretto superiore, inclinandola e ponendone l'asse verticale per isbieco, ed all'uopo se lo spazio è limitato anche sconnettendo e rompendo le ossa basilari.

Il primo concetto non era nuovo e neppure il secondo. Si fu la felice unione d'amendue in uno strumento solo, innocuo per la madre, che caratterizza il metodo operativo del clinico viennese. Vedremo che quello del Barnes è più complesso. Altri prima di loro avevano cercato di girare in questo modo la difficoltà con mezzi diversi; la parte traente dell'uncino acuto, l'entusiasmo presso alcuni del suo impiego, l'erezione a metodo del suo modo di agire, che lo condusse ad essere dichiarato quale strumento classico da non pochi, si compendiano in questa sua azione favorevole nella pelvica distocia. Che ottenuta questa favorevole inclinazione della base si potesse effettuare il parto nei casi di vizii gravi era noto. Gardien nel *Dictionnaire des Sciences Médicales*, vol. 17, pag. 427, scriveva nel 1800: « *La tête dont la plus petite largeur est de deux pouces et demi, ne sortirait pas, si on n'avait l'attention de l'engager de manière que son centre, qui est la partie la plus epaisse, ne passe pas directement entre le pubis et le sacrum. Mais si on imprime à la base du crane cette direction diagonale, elle peut franchir un bassin qui offrirait moins d'etendue que son portion centrale.* » Fa in seguito osservare che se ciò non si ottiene coll'uncino acuto si deve esportare e distruggere colla pinza ossea la base, ma che la *separation des diverses pièces* fatta colla tanaglia è per la madre più dannosa dell'operazione cesarea. Accenna pure alla prudenza speciale con cui va usato l'uncino, cosa che come assioma troviamo da tutti ripetuto.

Pochi anni dopo, l'Assalini, gloria ostetrica italiana, non solo accennò alla questione, ma per elidere l'uncino portò una modificazione al suo forcipe compressore, onde ottenere praticamente la medesima sostituzione diametrica.

Questa innovazione è chiaramente spiegata nel suo libro: *Su alcuni strumenti ostetrici;* ma molto meglio venne dimostrata in alcune lettere esplicative annesse al libro, scritte dai suoi amici e raccoglitori delle opere. Così in una di queste il Dr. Gervasoni di Roma magnificando i pregi del forcipe compressore dell'Assalini, scrive al Dolcini: « Con questo strumento, introdotte separata-
» mente le branche e portate sulla base del cranio, una sotto
» l'arco del pube e l'altra contro il promontorio si afferra la base
» cranica e stringendo il forcipe, mentre si fanno ad un tempo
» agire le branche in senso opposto fra di loro, l'osso sfenoide è
» obbligato a prendere una posizione obliqua, indi vertictale.
» Così l'Assalini ha fatto passare un feto maturo e voluminoso
» per una pelvi avente solo due pollici meno due linee. »

Sin qui il Gervasoni. Per parte mia ho voluto esperire quanto di vero ci fosse in quest'azione del forcipe-compressore in questione, e se non giunsi collo strumento che la Clinica di Torino da tempo possiede a far passare un feto maturo nei bacini da esperienza in tale ristrettezza, mi convinsi però che usato in questo modo l'inclinazione della base succede.

Conoscesse o no Braun questo concetto, si fondò in parte su esso, cercando con uno strumento migliore di renderla praticamente possibile a tutti. Così praticata la cranioclastia a Vienna sin dal 1864 rese e rende servizii segnalati. Braun proponendo lo strumento suo non ebbe però solo in mira l'inclinazione della base, succeda questa abbassando la fronte e ponendo i diametri faciali in relazione coll'ant. post. o traendo sui parietali o sull'occipite, ma pure di avere tra le mani un mezzo per rompere e sconnettere le ossa basilari e renderli quindi compressibili. Presentando così il vantaggio di poter agire col cranioclasta anche

nei bacini in cui ai lati manca lo spazio. Riducendo il volume del capo il problema è semplificato e così detronizzato il cefalotribo. Da una lettera recente del Welponer, assistente del Carlo Braun, veggo magnificati gli utili dello strumento e del metodo in uso. Sulle ultime cinquanta cranioclastie di cui alcune sotto i 65 millimetri la mortalità fu quasi nulla e lo strumento giunse sempre a superare l'ostacolo. È vero che lo si applica per tempo non lesinando sulla vita del feto.

Müller, Frankenauser, Bischoff, Hegar, Freud ch'io visitai abolirono dalla loro pratica il cefalotribo e lo sostituirono felicemente col cranioclasta. E si badi che è al fenestrato che ricorrevano. Dalle lettere del Mangiagalli vedo che il medesimo successe a Berlino, Lipsia, Praga, Dresda, ed ovunque i più lusinghieri risultati coronano la nuova pratica. Compatisco e deploro se uno strano chauvinisme dei francesi li rende restii ad adottarlo; m'auguro che gli ostetrici italiani non vogliano infeudarsi ad un mezzo con idee preconcette, ma tutti esperirli, ed in caso di felice riuscita sappiano coll'ingenito loro buon senso naturale scegliere tra il cefalotribo ed il cranioclasta. Io non ripeto che quel che scrissero prima di me il Fabbri ed il Cuzzi, i quali teoricamente e praticamente presentarono lo strumento del Braun alle Cliniche ostetriche italiane. Presso noi si resero benemeriti su quest'argomento teorico-sperimentale fattone i due sopra citati ostetrici. Praticamente merita speciale menzione il Tibone che dopo la prima memoria pubblicatasi in Italia fece acquisto dello strumento e lo applicò in clinica con successo. Il Fabbri nel suo lavoro sull'embriotomia ruppe la prima lancia in favore della cranioclastia classica viennese dimostrandone con l'esempio del Braun e con esperimenti, l'utilità pratica. Il Cuzzi che lo seguì colla sua bella monografia insistè sui vantaggi, trattò le indicazioni e fissò il limite a parer suo concesso al cranioclasta; ma non si fermò a sufficienza sul potere cefalotritore (1). Tolti Tibone e Chiara

(1) È però suo merito speciale l'aver presentato la cranioclastia del Barnes descrivendo la pinza a craniotomia e dimostrandone il meccanesimo.

altri ch' io mi sappia non usò del cranioclasta quale sostitutivo vero del cefalotribo e dell' uncino acuto. La maggioranza degli ostetrici da me consultata o nei lavori loro o per iscritto, raccomanda il cranioclasta colla pratica del Simpson ed i più lo ritengono solo come coadiuvatore alla cefalotripsia e buonissimo succedaneo al cefalotribo nelle trazioni.

Dal giorno in cui il Fabbri presentò la pratica di Braun all'ostetricia italiana quella ha fatto poca strada. I primi sperimentatori non insisterono abbastanza sul modo speciale con cui Braun ne raccomanda l'impiego, modo cui accenna il Mangiagalli nelle sue lettere ostetriche, e che nella già citata lettera il Welponer mi descrive.

Dirò tosto che dal cranioclasta in uso nella clinica di Vienna e quello provvisto dal Tibone che servì per l'esperienze del Cuzzi e per l' uso della Clinica di Torino in questi ultimi anni, corre qualche leggero divario che spiega molto bene le differenze nel modo di agire, e quindi le impressioni avute dagli sperimentatori non in tutto uguali a quelle del Braun. Da poco tempo l' Istituto di Torino possiede il vero cranioclasta in uso nella Clinica di Braun fabbricato e speditoci dal Leiter e quindi la rettifica giunge opportuna. Esso pesa meno, ed amendue i becchi che formano la pinza sono più convessi in modo che meglio possono tra di loro afferrare e far combaciare la parte afferrata. Ne darò le dimensioni.

Cranioclasta Leiter: lungo 40 centimetri, peso 860, lunghezza del morso 18, altezza massima della curva di questo 42.

» Bertinara: lungo 45 centimetri, peso 1055, lunghezza del morso 17, altezza massima della curva di questo 35.

Diamo un rapido sguardo alla pratica di Vienna. Assicuratosi da che parte guarda l' occipite e quindi ove è rivolta la fronte,

pel foro della craniotomia s'introduce la branca piena che si porta il più posteriormente possibile contro la protuberanza occipitale. Ciò fatto lentamente si tenta di deflettere il capo se come per l'ordinario questo è modicamente flesso. Fatto eseguire questo moto di estensione, la branca fenestrata viene portata fuori della teca cranica alla parte opposta della prima in modo che dessa venga a cadere sul fronte. È inutile ch'io faccia osservare che il tentativo di deflessione colla branca piena può aspettare a farsi dopo l'introduzione della seconda. È chiaro lo scopo del Braun nel tentare questa deflessione. Così egli obbliga la base a porsi per isbieco tra le branche dello strumento e quindi riuscendo le ossa più parallele al morso, facilmente e meglio riesce lo schiacciamento loro. Se non si estende il capo la manovra riesce solo in parte; avvitando lo strumento e cercando d'avvicinare le branche col far agire l'apparecchio di compressione le ossa scivolano e non presentano allo schiacciamento che poca superficie.

La maggior curva delle branche al morso aumenta la virtù cefalotriba. Così afferrata la base si trae in basso e la si inclina ponendola per isbieco allo stretto superiore. Ma non si giunge a tale risultato solo coll'afferrare direttamente la base. Molte volte il parallelismo si distrugge pure traendo semplicemente o sull'occipitale o su d'uno dei parietali come provarono le esperienze del Cuzzi che vorrebbe in questo modo nei più dei casi spiegare l'azione favorevole del cranioclasta. Al Tibone è riuscito varie volte nei fatti clinici che riporterò, di estrarre col primo cranioclasta, con cui non s'era tentata neppure la rottura delle ossa basilari, col suesposto meccanismo da vizii gravi una testa craniotomizzata di feto a termine. In questi casi il cranioclasta si usò solo come l'uncino e non come pinza mordente e frangente benchè due volte s'abbia osservata la frattura della parte basilare corrispondente al lato afferrato. Le trazioni si fanno dall'alto al basso tentando il più che si può di eseguirle secondo l'asse dello stretto superiore, cosa che riesce meglio col cranioclasta che non col forcipe e cefalotribo.

Qualche volta traendo in basso nel modo indicato, la parte fetale non scendendo, vidi manovrare dal Tibone in modo speciale il cranioclasta, modo che credo degno di riferire. Esso lo propone ed usa nelle trazioni come una leva di 3° genere. Facendo potenza in mezzo, punto d'appoggio al manico e fissando la resistenza sulla parte afferrata, rialzando lo strumento contro l'arco pelvico anteriore sia la presa o no, in relazione del diametro retto del bacino, il moto d'inclinazione della base si effettua molto meglio, cosa di cui mi potei convincere nelle esperienze fatte sui bacini artificiali. Qualunque però sia il modo con cui lo si applica ed il punto del capo afferrato, il modo suo d'agire è quasi sempre uguale. Esso ha il merito della brevità nell'azione sua. Tenendo conto dell'azione cefalotriba si comprende come pel suo doppio modo di funzionare rinchiuda in sè i vantaggi dell'uncino e del cefalotritore e che quindi si meriti il favore di cui gli furono larghi gli ostetrici tedeschi che lo sostituirono al cefalotribo. Nei primi studii e nelle prime prove cliniche non si insistè abbastanza sul suo potere basiotomico e quindi si fu restii nell'assegnare il limite inferiore alla sua applicazione. Ora che ben si comprende che, colla riduzione dei diametri trasversi basilari, diminuzione che, sconnettendo le ossa, può darci lo stesso strumento, lo si può molto meglio tentare nei bacini asimmetrici con poco spazio ai lati che non il cefalotribo, speriamo scenderà sotto ai 60 nelle sue applicazioni pratiche.

(Continua).

DUE CASI DI ECLAMPSIA CON ESITO INFAUSTO

NOTA CLINICA

DEL

Dottor G. INVERARDI

2° Assistente dell'Istituto Ostetrico di Torino

DIRETTO DAL

Prof. Cav. D. TIBONE

Le convulsioni nella gravidanza hanno sempre formato un importantissimo soggetto sia dal lato scientifico che pratico. Egli è perciò che rendo di pubblica ragione due casi di eclampsia seguiti, l'uno, dalla morte della sola madre, l'altro, dalla morte di entrambi gli esseri, contribuendo così con nuovi fatti allo studio di un argomento tanto complicato. Il primo l'osservai nella pratica privata, il secondo nella Clinica Ostetrica di Torino diretta dal mio egregio maestro il Prof. Tibone.

Osservazione 1.ª — La signora X, di condizione agiata e di buona costituzione fisica, passa a marito nell'età di 18 anni senza aver mai sofferto malattia di sorta. Vive per quattro anni col marito, che le viene rapito da non so quale malattia. Da questa unione ne nasce un bimbo, che essa allatta e che sano e robusto vive tuttora. Fu sempre fino agli ultimi de' suoi giorni circondata da ogni sorta d'agiatezza e l'abitazione sua in uno dei punti più salubri della città. Essa conta ora 31 anni.

La mestruazione, che fu sempre normale, continua tale, appena passato il periodo di gravidanza ed allattamento, fino alla metà di giugno testè trascorso che corrisponde all' epoca dell' ultimo flusso lunare. È a notare che per l'arresto dei mestrui essa non soffriva disturbo alcuno, per cui quantunque si fosse messa frequentemente nell'occasione di rimanere incinta, viveva tranquilla sul suo stato, attribuendo il ritardo e poi la mancanza del flusso menstruo a cause reumatiche a cui in quel periodo di tempo si sarebbe esposta.

A confermare questa sua speranza viene il parere del medico di famiglia che dopo un esame locale crede non trattarsi d'altro che d'ematometra, e che un giorno ella avrebbe veduto uscire dai genitali tutto il sangue che avrebbe dovuto colare ad ogni singola mestruazione. E per ottenere ciò le consigliò di fare frequenti passeggiate in vettura, passando preferibilmente su grossi ciottoli, in modo che il suo corpo dovesse provarne forti scosse.

Esclusa così l'idea della gravidanza, che le avrebbe procurato sommo rincrescimento, ella stava di lieto animo e la sua salute era perfetta. Ma la mestruazione, che secondo il parere del medico doveva avvenire ed abbondante, non compare mai; tuttavia ciò non la inquietava più che tanto, poichè essendo essa già stata gravida e non soffrendo alcuno dei fenomeni simpatici che sono tanto frequenti in tale stato, escludeva la gravidanza in modo sicuro. Finchè verso la fine del 5° mese essendole parso di sentire qualche piccolo movimento nella parte inferiore del ventre, prende sospetto, ed in presenza del suo medico consulta un ostetrico valente della città, il quale afferma essere essa incinta da cinque mesi circa. Sulla ammessione di questo diagnostico pareva esitante il medico suo; vuoi per questo motivo, vuoi per la somma importanza che, per circostanze speciali, in questo caso si connetteva alla esistenza della gravidanza, il consulente propose una nuova visita alla distanza di una quindicina di giorni, che certo

avrebbe tolto, sì nella signora che nel suo medico, ogni dubbiezza. Questa visita non ebbe luogo, ed alla diagnosi della gravidanza pare non si sia creduto; avviene che spesso non si creda o non si veda quello che si teme.

Inutile dire che questa signora non ubbidiva quindi ai dettami dell'igiene ostetrica, perchè suo interesse era quello di nascondere agli occhi delle persone che l'avvicinavano lo stato suo particolare. A tal fine ella, che compariva anche di frequente nei pubblici ritrovi, faceva ogni sua possa per nascondere sotto le crudeli strettoie maneggiate da una cameriera, conscia del fatto, il volume aumentato del ventre, facendosi stringere potentissimamente il busto. In tal modo obbligava l'utero a raccogliersi nella parte inferiore del ventre e a sprofondarsi col suo segmento inferiore nello scavo talmente che, come diceva ella stessa, in questo stato le erano impossibili tanto la defecazione che il mitto.

Intanto verso il principio del 7° mese ella notava che le urine si erano fatte scarse e molto torbide dapprima, indi scarsissime e sanguinolenti, inoltre le erano comparsi dolori piuttosto forti alla regione renale. Ella inquieta di ciò ne parlava sovente al medico, che disconoscendo la gravidanza dava a ciò pochissima importanza ed aveva sempre per lei parole rassicuranti.

Più tardi a ciò si aggiunsero lievi edemi alle estremità inferiori, che ella avvertiva verso sera sentendosi stretta la calzatura, in modo che se la toglieva e per tempissimo andava a letto ove trovava un po' di refrigerio alle molte sue sofferenze.

Indi vennero in scena le cefalalgie, i disturbi nella vista, come offuscamento, scintille, punti neri ecc. e compagni di tutti questi fenomeni continuavano sempre più che mai forti i dolori alla regione renale ed abbondanti gli edemi, mentre scarse e sanguinolenti si facevano le urine che essa emetteva frequentemente.

La gravidanza era intanto giunta verso la fine dell'8° mese senza che alcuno di questi fenomeni fosse diminuito, anzi coincidendo questo tempo cogli ultimi giorni di carnevale, essa do-

vette vieppiù stringersi onde potersi presentare in pubblico senza che si riconoscesse l'aumento di volume nel ventre.

L'utero così maltrattato e mantenuto per tanto tempo nell'impossibilità di svilupparsi fisiologicamente per l'ulteriore progresso della gravidanza, entrò in contrazione per espellere il suo contenuto, e, fra i primi fenomeni del soprapparto, comparve una discreta metrorragia accidentale che, trascurata, continuò sino alla fine del parto.

La dilatazione era giunta a 6 centim. circa quando, per mezzo del riscontro vaginale, viene diagnosticata la gravidanza. Se non chè in mezzo all'ansia di un parto che si vuol nascondere scoppia il primo accesso di eclampsia, che dal medico fu creduto di poco momento, e mentre stava tranquillizzando gli astanti, non essere questo che un fatto passeggero e di nessuna gravezza, ne succede un altro, poi un terzo, indi un quarto in modo che questi si fanno subentranti, la respirazione si fa difficile e stertorosa, la lingua morsicata lascia gemere un po' di sangue che colorisce in rosso la saliva che spumeggiante esce dalla bocca, gli accessi si succedono l'un l'altro, l'emorragia continua, quantunque diminuita, poichè essendo l' utero in preda a contrazioni convulsive ne successe la rottura delle membrane; a ciò si aggiunga faccia pallida, occhi immobili e perdita completa dell' intelligenza e si avrà il quadro che in tali momenti doveva presentare questa poveretta.

I parenti spronano il medico, che inerte assisteva a questo spettacolo, a fare qualche cosa di più attivo. Si fu allora che tentò l'applicazione del forcipe che non riuscì, onde mandò per un ostetrico.

Quando io giunsi per la prima volta presso l'inferma la trovai in preda ad un accesso di eclampsia quale descrissi or ora. Constatato lo stato di gravidanza e la complicazione grave della eclampsia che durava da 5 ore con accessi subentranti, pratico il riscontro vaginale per vedere se mi era possibile terminare

immediatamente il parto. Trovo la testa nella parte superiore dello scavo completamente fuori dell'orifizio uterino in posizione O. I. S. A. Le contrazioni, a quanto mi disse il medico che l'assisteva, si erano da tempo parecchio sospese, leggero stillicidio di sangue dai genitali. Applico immediatamente il forcipe con facilità e con altrettanta facilità estraggo un feto ottimestre vivo e che vive tuttora. Cinque minuti dopo faccio il secondamento con la spremitura della placenta. L'utero contratto potentemente pone termine all'emorragia che io valutai ad un dipresso da 600 a 700 grammi di sangue. Nessuna lacerazione perineale.

Osservo se dopo lo svuotamento dell'utero gli accessi cessano o si diradano, ma essi continuano immutati. Dispongo subito affinchè l'ammalata sia cloroformizzata, ed intanto giunge un altro medico della città fatto chiedere da me perchè mi trovavo in piena contraddizione col medico curante riguardo al pronostico. Di comune accordo oltre alla cloroformizzazione prescriviamo le iniezioni ipodermiche di pilocarpina (2 centigr. per cannula, una ogni 4 ore). Il sudore e la salivazione furono profusi, la cloroformizzazione fu continuata tutta la notte, durante la quale furono praticate tre iniezioni sottocutanee di pilocarpina e per ottenere il rilasciamento completo dei muscoli volontari tutti si prescrivono due clisteri di 4 grammi di cloralio ciascuno, in 100 di acqua.

Verso il mattino si sospende ogni cura ipnotica, trovandosi la donna in uno stato profondo di coma, da cui si sveglia verso le 2 pom., e si intraprende una cura eccitante e modicamente nutritiva: marsala, ova nel brodo e simili. Il latte, che io avrei tanto volontieri usato, non potè essere tollerato. L'intelligenza ritorna incompletamente, ma a segno che potei sapere dall'ammalata stessa aver essa provati tutti i sintomi prodromici dell'accesso eclampsico. Le risposte però sono tarde e stentate.

Intanto, mentre dopo l'applicazione del forcipe e l'estrazione del feto, le urine estratte col catetere furono trovate assai sangui-

nolenti ed albuminose, al punto che col calore si formava tutto un coagulo nel tubetto, ora le urine sono alquanto più abbondanti, il colore rossigno dato dal sangue quasi del tutto scomparso, diminuita assai la quantità dell' albumina. T. 36, 5, P. 120, R. 24. Si continua la cura eccitante e nutriente, e si aggiunge qualche pillola di estratto gommoso del Baumé. Lo stato dell' inferma va migliorando, ma il polso si mantiene sempre in disaccordo colla temperatura e col respiro, non essendo mai disceso al disotto di 120 per minuto primo. Ond' è che prescrivo un infuso di digitale ma senza risultato. Il ventre si mantiene piano, affatto indolente, l'utero si riduce bene, i lochi, sanguigni nei primi due giorni, si fanno successivamente sierosi e poco abbondanti e non hanno alcun fetore. La donna è di eccellente umore e si dimostra riconoscente per tutti coloro che la circondano, non prova alcuna molestia, se eccettui un senso particolare di stanchezza e un bruciore noioso delle morsicature della lingua che viene tolto con qualche collutorio di clorato potassico. L'alimentazione buona ed eccitante fa sì che la donna in 6ª giornata di puerperio mi domanda il permesso di alzarsi, che io non credo opportuno di concedere. Esaminate in questi giorni le urine al microscopio non fu possibile riscontrare in nessun modo cilindri, quantunque l'albumina d'assai diminuita non fosse del tutto scomparsa. Gli edemi sono quasi completamente svaniti. È da notarsi però che il polso oscilla sempre intorno alle 120 battute per minuto.

Al mattino del 7° giorno di puerperio compare la rivoluzione lattea con tensione modica delle mammelle, le urine si fanno di nuovo scarse, le defecazioni sospese da 3 giorni, compare leggera cefalalgia, nessun disturbo nella vista, nessun senso di peso all'epigastrio. Per tema che si rinnovino le convulsioni uremiche, o per togliere ogni sorta di timore all'inferma riguardo alla metastasi lattea, che la rendeva inquieta, prescrivo 8 grammi di acetato potassico ed un purgante drastico (15 grammi di tintura

di gialappa composta con dose uguale di sciroppo di ranno e catartico). Buona alimentazione e marsala. Alla sera T. 37, P. 126, R. 24.

Al mattino del seguente giorno, 8° del puerperio, le urine sono discretamente abbondanti, le defecazioni in numero di 3 pure abbondanti. Notte dormita, apiressia. Continua lo stato lodevole, senonchè alla sera i lochi ritornano sanguigni e si fanno leggermente fetenti. Prescrivo un gramma di ergotina e lavature vaginali con acqua fenicata al 2,5 0|0, poichè, esplorata la donna, trovo che il collo dell' utero è in tal modo ristretto e l'utero in antiflessione notevole, che stimai oltremodo difficile oltrepassare l' orifizio interno colla cannula per praticare le iniezioni endouterine. Si continua la cura nutriente ed eccitante. Alla sera T. 38, P. 130, R. 24. Nella notte delirio calmo, vero vaniloquio, dissipatosi in seguito a qualche pillola oppiata e alcuni cucchiai di marsala.

Al mattino del 9° giorno di nuovo apiressia, polso sempre a 120 e debole, R. 24. I lochi non sono più fetenti ed incolori. Si ripetono le irrigazioni fenicate vaginali, si continua la buona alimentazione, qualche eccitante (etere solforico e tintura di muschio) lungo il giorno. Amministro per precauzione 50 grm. di chinino. Alla sera T. 38,5, P. 136, R. 24. Chinino 1 gram. Il delirio ritorna calmo e solo di parole. I lochi ritornano leggermente fetenti. Alle 10 pom. T. 39, P. 136, R. arriva a stento a 12. Tratti del viso affilati, decubito plumbeo, sudore abbondante ed acre, alcune bollicine miglioriformi sulle parti alte del petto e nel solco sottomammario, lingua asciutta, coscienza perduta, polso piccolo, fuggevole, tipo del respiro cambiato, cioè a forma addominale, perdita involontaria di feci ed urine. Non essendo possibile alcun compenso terapeutico energico per lo stato di profonda prostrazione in cui si trova l'ammalata, mi limitai ad una cura eccitante e nutriente, corroborato in ciò anche dal parere di un riputato medico della città, che io volli fosse chiamato per vedere se per

avventura si fosse potuto fare qualche cosa di più attivo e giovevole per questa poveretta.

Così passò tutta la notte ed il giorno successivo, 10° del puerperio in cui per non essersi potuto farle ingoiare goccia di liquido, si praticarono iniezioni ipodermiche di etere solforico, tintura di muschio, senapismi volanti e clisteri nutrienti, finchè nelle prime ore dell' 11° giorno la donna cessava di vivere dopo un collasso di 24 ore.

Osservazione 2.ª — N.° annuale 37. Anno scolastico in corso. Mensa Margherita, sarta, d'anni 21, d'abito regolare, di costituzione robusta ebbe la sua prima mestruazione a 15 anni, a periodi regolari e sempre scarsa. La sua salute, per quanto ne riferisce una sua sorella, che ci fornì questa breve anamnesi, fu sempre eccellente, non sofferse alcuna malattia prima di questa gravidanza che era la prima, nè disturbo di sorta. Menò sempre vita piuttosto sedentaria, ed in questi ultimi tempi, onde nascondere il frutto di illegittimi amplessi, non usciva quasi mai di casa sua, ove stava abitualmente o coricata o seduta.

Le sue sofferenze datano da una settimana prima della sua entrata in clinica, ed incominciarono con cefalalgia gravativa, vertigine, gastralgia ed accessi frequenti di vomito. Le urine, secondo i suoi parenti, furono sempre abbondanti, ma facilmente essi venivano tratti in inganno dal frequente bisogno di mingere che provava l'ammalata con emissione di poche goccie di urina di colore rosso vivo e sedimentosa. Accusava frequente un senso di abbattimento fisico e morale, ripugnanza al cibo, di quando in quando vampe di calore alla faccia, rumori nelle orecchie, e tuttociò terminava poi in uno stato di sopore che si dileguava dopo pochi minuti. Stette allora a letto per due giorni, dopo i quali essendo diminuite le sue sofferenze, si alzò di nuovo, ma queste ricomparivano, aggiungendosi dolori piuttosto vivi al ventre, facendosi ostinatissimo il vomito e l'anasarca grande; allorquando al mattino del 20 dicembre ultimo scorso verso le

10 antim. sopravvenne intensa la cefalalgia, uno stato di inquietezza generale, e verso le 11 il primo accesso convulsivo, al quale dopo breve tempo tenne dietro il secondo, laonde il medico richiesto la consiglia a riparare nella Clinica Ostetrica, ove giunge verso le 2 pom. dello stesso giorno, avendo già sofferto 7 accessi completi.

Appena giunta quivi fu colta da un nuovo accesso nella camera d'accettazione che io stesso presenziai e riconobbi facilmente per un accesso veramente caratteristico di eclampsia. Fatta subito trasportare in Clinica e non appena adagiata sul letto, un nuovo accesso convulsivo la colse con convulsioni dapprima toniche e poi cloniche, con perdita completa dell'intelligenza, trisma, lingua sporgente fra le arcate dentali che ripongo in bocca, saliva spumeggiante e sanguinolenta; indi seguì il coma della durata di 10 minuti. Visto lo stato grave e minaccioso dell' ammalata praticai l'esplorazione vaginale e trovai collo rammollato pei due terzi, beanti gli orifizii, possibile e facile l'introduzione degli agenti dilatanti. Intanto sopraggiunge il terzo accesso più violento di tutti, tremolio generale del corpo, susseguito da contrazioni cloniche, rapide rotazioni dei bulbi oculari, spasmo dei muscoli della faccia, pupille dilatate, le palpebre abbassate ed innalzate con rapidi movimenti convulsivi, la respirazione difficile e di tratto in tratto interrotta completamente. L'ammalata emette di quando in quando forti grida. La parete addominale anteriore fortemente contratta da rendere affatto infruttuosa la palpazione, le vene del collo e della faccia turgide, il polso frequente e pieno, anasarca rilevantissimo. Dispongo per la cloroformizzazione e faccio avvertire il Professore che giunge in Clinica quando il suddetto accesso era nel suo acme, e dopo avere esaminato rapidamente l'ammalata, ordina, oltre alla cloroformizzazione, un clistere di 4 grm. di cloralio in 200 di acqua ed un salasso dal braccio, pel quale il sangue viene difficilmente per l'interposizione fra le labbra della ferita cutanea di un batuffolo di adipe

che è abbondante, provoca il parto introducendo nel collo uterino un dilatatore del Tarnier e prescrive un secondo salasso dall'altro braccio che ebbe lo stesso risultato. Il sangue estratto fu di circa 450 grammi.

Il coma continua fino alle 5 30 pom. in cui sopravviene un nuovo accesso, ma assai meno intenso dei precedenti, si ammistra una soluzione di 4 grm. di cloralio per bocca; intanto il dilatatore viene espulso spontaneamente. Si pratica il riscontro vaginale che rileva una dilatazione di 3 cent. circa. Pres. V. Membrane integre. L'intelligenza ritorna in parte e ad ogni contrazione uterina la donna si contorce talmente su sè stessa da far conoscere che il dolore proprio della contrazione uterina veniva esasperato da uno stato irritativo dell'utero. Non è possibile sentire il battito cardiaco. Continua lo stato di coma, nessun accesso convulsivo. Alle 11 pom. dilatazione di 4 cm., lingua secca, polso frequente, contrazioni brevi e a brevi intervalli' ma assai dolorose. L'intelligenza non è ancora completamente ricuperata. Alle 3 30 ant. del giorno susseguente dilatazione di 5 cm., rottura spontanea delle membrane con uscita di liquido fetente, la testa discende nello scavo in posizione O. I. D. P. Le contrazioni uterine si fanno energiche e alle 4 30 avviene l'espulsione di un feto maschio, morto, del peso di 1870 grm., della lunghezza di 43 cm. Diam. Bp. an. di 82 mm. Bp. ost. 80 mm. Il liquido amniotico che venne cacciato unitamente al feto era molto fetente, fetente pure la placenta. Coaguli sanguigni pure fetenti di colore oscuro ed abbondanti sulla superficie uterina di essa attestavano che se ne era già da tempo operato il distacco.

(Continua).

Letteratura italiana

Laparotomia antisettica. Studii sperimentali e cliniche reminiscenze del corso 1878-79, pel Prof. E. Bottini, Direttore della Clinica operativa nella R. Università di Pavia. Milano 1880. Fratelli Dumolard.

Lo scopo del libro è tutto racchiuso nel brano che qui trascrivo: « Nel rendere pubbliche le peritoneotomie eseguite lo scorso anno nella Clinica operativa di Pavia, non è per vero al solo scopo di suffragare col successo altre ed in scala meglio elevata già praticate da altri chirurghi, sibbene nell'intendimento meglio proficuo di renderne meglio corretta l'esecuzione e di ampliarne il campo di applicazione. »

E qui a comprova soggiunge come in tale argomento non s'abbiano ancora limiti definiti, manchino indicazioni stabilite e le norme precise: così mentre nella peritoneotomia alcuni commendano la nebulizzazione fenica altri la avversano, di fronte al drenaggio profilattico altri lo usano solo ne' casi ove è apertamente indicato, chi ama le brevi incisioni, chi sempre le ampie, chi vuol trattare col clamp ogni peduncolo mentre taluno lo bandisce in modo assoluto.

Un viaggio recente dell'A. per le Cliniche di Francia, Inghilterra, Scozia, Belgio, Svizzera ed Austria permise di vedere il buono e l'utile di tutti sì diversi procedimenti e divenne perciò eccletico.

Entrando poi nell'argomento dice che gli accidenti o le complicanze che sogliono funestare la peritoneotomia si possono riassumere in due categorie, qualora si lascino da parte l'emorragia primitiva o consecutiva, e le complicanze date da intercorrenti affezioni.

La prima categoria comprende lo shock ed il collapsus — la seconda la peritonite generala settica; quelle due complicanze erano

per il chirurgo Scilla e Cariddi, e quando evitando l'uno cadeva nell'altro non restavagli che a deplorare l'evento.

Le ricerche di Wegner dimostrarono come il raffreddamento subito dalle anse intestinali per l'apertura del ventre e la esposizione all'atmosfera porti paralisi intestinale e secondariamente affievolimento nell'attività cardio-polmonare fino al punto di arrecare la morte, paralisi proveniente unicamente dall'abbassamento della temperatura, e mentre l'esperimento luminosamente provava ciò, molteplici centurie di ovariotomie aveano permesso allo Spencer Wells di dire *come la proporzione nella guarigione caeteris paribus fosse in ragione inversa della durata della operazione, e la mortalità in ragione diretta della lunghezza delle incisioni del peritoneo.*

Dagli esperimenti, dai fatti clinici è chiaro adunque che gli accidenti che si voleano attribuire al cloroforme, alla commozione viscerale ecc. si possono evitare. E qui l'A. riporta nuovi esperimenti da lui intrapresi sui conigli appunto per dimostrare gli effetti del raffreddamento e ne trae i seguenti corollari.

I. Limitare alla più esigua misura la incisione del peritoneo; II. Accorciare per quanto è possibile la durata della operazione e conseguentemente il contatto dell'atmosfera colla superficie peritoneale; III. Curare che lo squilibrio termico fra il cavo addominale e l'ambiente in cui si opera sia ridotto alle più esigue proporzioni possibili, e ciò onde, se non impedire, scemare almeno per quanto ci è dato, il raffreddamento della superficie peritoneale; su quest'ultimo corollario sarà utile aggiungere: che l'ambiente in cui si opera abbia raggiunto i 20 o 25 cent., che l'operanda sia rivestita di lana, il ventre ricoperto dal grembiale impenetrabile di Koeberle, che tutti gli oggetti che direttamente od accidentalmente vengono a contatto col peritoneo siano riscaldati a 40° centigr.

La diligente ed accurata osservanza di questi precetti è usbergo securo contro lo shock.

Altra complicanza maggiormente ed incomparabilmente grave è la *infiammazione settica della sierosa stessa.* Ricordato che la peritonite era l'incubo, la spada di Damocle che pendeva sul capo del chirurgo, che non bastava per scongiurarla che fossero passati i primi dì, ma che frequentemente quando gli operati eran già convalescenti compariva bruscamente in scena, accennati nuovamente agli studii di

Wegner, di Koch, e riportati brevemente alcuni esperimenti da lui fatti su cani e conigli viene alla conclusione: « che nel maggior numero dei casi la peritonite infettiva non proviene da contagio esterno che per qualsiasi modo viene a contaminare la sierosa, sibbene da autointossicazione per decomposizione putrida di liquidi versati e stagnanti nel cavo addominale. E ciò spiega come la peritonite traumatica più non si attiene in collegazione di causa col fattore traumatico *per sè*, ma a quelle concomitanze che danno origine alla sepsis ed all'assorbimento della medesima. La lacerazione di giovani aderenze e l'effusione di sangue e siero sanguigno nell'addome, la decomposizione di parti organiche isolate da lacci, le emorragie secondarie e via dicendo, possono essere la inopinata scaturigine di una peritonite inquinante. »

Con tutto ciò l'A. si associa interamente alla idea di Wegner sulla vera causa della morte nella peritonite traumatica, che devesi ad un avvelenamento del sangue per assorbimento di sostanze putride — opinione ormai accolta dai più distinti ginecologi.

Accettato ciò l'indicazione terapeutica deve avere a due distinti obbiettivi; profilattico e curativo.

Profilassi. — Dovendosi impedire una contaminazione diretta di sostanze infettive, strumenti, mani dell'operatore e degli ajuti, oggetti di presidio e medicazione, e tutto ciò che eventualmente può venire a contatto del peritoneo, deve essere in modo rigoroso purificato. — A ciò conseguire tutti gli oggetti per la operazione stanno immersi per 24 ore nell'acqua fenica al 5 0/0 e fascie, fili e spugne vi sono anche bollite per 15 minuti. Gli istrumenti sospetti riscaldati al calore rosso, gli altri unti con olio d'oliva finissimo fenicato al 10 0/0. Il campo operativo sia deterso con acqua e sapone e purificato con acqua fenica al 5 0/0.

L'A. ammaestrato dall'esperienza nel caso dovesse nuovamente praticare la estirpazione di utero canceroso distruggerebbe col caustico tutta la superficie invasa extra ed endouterina, e prima dell'atto tamponerebbe con cotone fenico il cavo ed orificio uterino onde impedire l'efflusso di qualsiasi liquido.

Ricordato poi brevemente il grande potere assorbente del peritoneo, la accurata toilette del peritoneo che i chirurghi praticano, onde togliere anche le ultime stille di sangue, discorre della trasfusione peritoneale di Ponfick e conclude: si arriva al paradosso che in un individuo il sangue effuso nel peritoneo diventava causa mortis, men-

tre in un altro trasfusovi diventava causa vitæ: ma soggiunge essere il paradosso più apparente che reale, poichè differenti le condizioni dell'ambiente e poi nella trasfusione non accedere l'aria co' suoi germi fermentescibili.

Anzi lo Schroeder non usa il drenaggio addominale ma lascia al peritoneo la cura di assorbire siero e sangue avendo però la cura di purificare per bene tutto l'ambiente in cui opera. L'A. lo crede un procedimento molto ardito poichè la più lieve dimenticanza può riuscire fatale. Meglio è dunque togliere l'accesso al ventre di fermenti, ma in pari tempo anche rimuovere la sostanza fermentescibile.

Oltre la contaminazione che vien data così in via *diretta*, c'è la *indiretta* data da materiale settico che si sviluppa nel seno del peritoneo e che rappresenta l'ordinario fattore eziologico della peritonite traumatica.

A profilassi di questa auto-intossicazione in primo luogo si deve procurare una accurata e minuta emostasi; e prima ancora dei fatti sperimentali, la pratica inglese avea insegnato che un' accurata e diligente toilette del peritoneo era arra contro l' insorgere della peritonite nella ovariotomia; è per questo che l' A. dopo chiusi anche i più piccoli vasi col cat-gut tocca i punti ove geme sangue col *stiptic colloid.*

A prevenire poi le conseguenze di una perdita consecutiva due mezzi razionali: la metodica compressione del ventre con una fascia di flanella e la quiete delle anse intestinali colla dieta e coll' amministrazione di oppio; la compressione intesa allo scopo di impedire la iperemia più o meno accentuata dovuta alla peritoneotomia ed alla mancata pressione per la abluzione del tumore.

È utile poi lasciare il meno possibile dei corpi morti nel cavo: è per questo che l'A. è poco proclive alle legature in massa, poco pure si fida del caustico attuale e del galvanico. Mette inoltre in ogni laparotomia la meglio condotta un tubo di drenaggio nel ventre allo scopo di esportare i liquidi mano mano che si effondano, *coefficiente importante nella profilassi ed impareggiabile risorsa pel trattamento diretto.*

Il tubo viene immesso nel ventre solo facendolo pescare nel fondo di Douglas senza trapassarlo per la vagina, metodo quest'ultimo non privo di inconvenienti ed oramai già totalmente abbandonato anche da quelli che lo proposero.

A tutto ciò s' aggiunga in caso di bisogno l' aspirazione dal tubo

mediante la pompa dell'apparecchio Dieu-la-foy; si deve inoltre badare che il tubo non venga otturato da grumi o coaguli e sopratutto non si pieghi al punto di emergenza.

Cura diretta della peritonite traumatica. — Espone un caso osservato nel 1873 nella Clinica dell'illustre Billroth e poi soggiunge: non appena compaiono in scena le prime avvisaglie della peritonite, il chirurgo deve tosto pensare che nel cavo peritoneale stesso vi sia un fomite che le ingenera e quindi bisogna toglierlo ad ogni costo.

Si deve quindi cercare di disostruire il tubo se ostruito e praticare tosto irrigazioni addominali con acqua fenica all'1.5 0/0 e riscaldata a 40° gradi, fino a che il liquido sorta limpido come fu immesso.

La irrigazione si pratica ogni dì ed al bisogno anche ripetutamente. Nei casi in cui s'ebbero fenomeni generali di inquinamento l'A. amministra internamente l'acido salicilico, ma soggiunge che la cura locale basta frequentemente ad abbattere alte temperature.

Riassume quindi la cura così:

1.° Rimuovere colla massima sollecitudine ed affatto per quanto è possibile il fomite inquinante.

2.° Correggerne in luogo gli effetti, facendo percorrere al rimedio la stessa via percorsa dal veleno. E qui a comprova delle argomentazioni e delle esperienze viene all'esposizione de' fatti, fatti accaduti nella Clinica e quindi relativamente non numerosi, poichè, come soggiunge l'egregio autore « le cose che si vedono e studiano in privato, pur troppo, per quanto si voglia essere superiori, si veggono sempre cogli occhi della paternità » e quindi non possono servire.

Il primo gruppo è dato da 5 erniotomie; ma la natura del giornale ci impedisce di tenerne qui parola; è per questo che passeremo brevemente in rassegna i fatti del secondo gruppo che l'autore intitola laparotomie.

1.° *Cistoma ovarico monoculare — Ovariotomia — Guarigione.* — Donna di anni 26: è accolta nella Clinica alla fine del novembre 1878, diagnostico differenziale fra asciste e cistoma ovarico piuttosto arduo: la puntura aspiratoria col Dieu-la-foi avea dato 200 grm. di liquido citrino affatto simile all'ascitico, esaminato dal Prof. Pollacci si trovò ricco di albumina ma affatto sprovvisto di paralbumina; eravi inoltre una gravidanza a tre mesi: il professore considerata la soverchia distensione del ventre e lo stato meschino della paziente provocò

l'aborto, e dopo ricomparsa la mestruazione, l'8 gennaio 1879, passò all'atto operativo.

L'atto operativo fu compiuto in 25 minuti, il peduncolo tenuto fuori del peritoneo ed assicurato col clamp di Köeberlé, ed a monte del peduncolo venne installato un grosso tubo a drenaggio del diametro di 4 mill. che pescava ripiegandosi fino al fondo di Douglas. Tutto andò bene fino al giorno 11 alle 2 pom., ora in cui il ventre si fece teso, meteoritico, comparve singhiozzo vivo ed incalzante, conati di vomito, fisonomia ippocratica, polsi piccoli, abbattimento profondo.

Tolta subito la medicazione che non avea la più piccola macchia, il professore s'accorge che il tubo è ostruito; regolari pressioni ai quadranti inferiori non valgono a disostruire il tubo; si ricorre alla pompa di Dieu-la-foy che aspira un grosso coagulo fibrinoso e tosto colano 10 grm. di siero sanguinolento punto-fetente. Si lava subito il peritoneo con acqua fenica all' 1.50 0/0 alla temperatura di 40° e si continua per mezz'ora finchè l'acqua ritorna limpida; medicata allora la operata, con una fascia di lana si esercita maggiore compressione sull'addome e si praticano injezioni ipodermiche di bisolfato di chinina.

Lo stato della donna cambiò immediatamente; dal drenaggio abbondante sgorgava il siero sanguigno. Il 30 gennaio la donna abbandonava la Clinica.

2.° *Cistoma uniloculare dell'ovajo sinistro — Ovariotomia — Guarigione.* — È donna che da diversi anni porta un tumore ovarico pari per volume ad una gravidanza gemellare a termine. Il 10 marzo del 1879 è operata; tranne una estesa aderenza verso il quadrante superiore sinistro, che fu facilmente staccata, nessun altro accidente. Trattamento extra-peritoneale del peduncolo fissato col clamp di Spencer Wells: drenaggio profilattico del fondo di Douglas come nel caso antecedente. La massa liquida estratta pesa chil. 9.

La donna fu sempre apiretica, ed in 12ª giornata lasciava la Clinica.

3.° *Cistoma monoloculare dell'ovajo sinistro — Ovariotomia — Guarigione.* — Contadina di anni 43: tumore come un utero gravido ad 8 mesi: data da un anno, operazione il 30 aprile. Nulla di notevole tranne poche ma giovani aderenze; la massima parte rotte colle mani,

altre recise dopo comprese fra due lacci; impiego del clamp, drenaggio del fondo di Douglas questa volta di rigore poichè dalla zona delle aderenze gemeva molesto stillicidio sanguigno che non si potè impedire neppure ricorrendo allo *stiptic colloid.* Alle 3 pom. del 1° maggio lieve brivido, singhiozzo, vomito, dolori vivi ai quadranti inf., ventre meteoritico, temp. 38.2, polso 110, respirazione 27. — Tolta la medicazione, rilasciati alcuni punti della sutura ad anse, si riscontra il tubo ostruito da grosso trombo sanguigno; si toglie il tubo, se ne rimette un altro e da questo colla pompa Dieu-la-foy si aspira un liquido rossastro; lavatura successiva del cavo peritoneale fino a ritorno dell' acqua limpida come la injettata; per ottener ciò ci volle circa un' ora. Oltre a ciò le solite injezioni ipodermiche di bisolfato chinino. Ogni giorno si praticarono lavacri fenici endo addominali fino a che ne cessò il bisogno. Dopo 14 dì la donna abbandonava la Clinica.

4.° *Cisto-sarcoma dell'ovajo sinistro. — Laparotomia — Guarigione.* — Donna di 47 anni, tumore enorme che si caccia fin sotto l'apofisi ensiforme; furono tentate in altro ospedale tre distinte paracentesi ma infruttuosamente; il tumore data da tre anni. Diverse punture coll'aspiratore di Dieu-la-foy diedero adito a liquidi di aspetto vario a seconda della località; una minuta investigazione lo appalesò per liquido ovarico, onde fu stabilito il diagnostico di cistoma proligero a piccole concamerazioni. Le condizioni della donna reclamandolo si decise l'atto operativo, che fu praticato il 15 maggio. Aperto il ventre si punge il tumore col grosso trequarti di Köberlé, ma non ne esce che un bicchiere di liquido citrino; punture praticate in altre direzioni non riescono nell' intento; portata la mano entro la massa, lacerati i sepimenti dopo lunga ed aspra manovra si riesce a portar fuori quasi tutta la parte liquida che fu calcolata dai 6 a 7 litri. Per estrarne la massa solida si dovette estendere la incisione addominale dalla regione epigastrica fino al pube. Tolte le valide e numerose aderenze col colon, la massa estratta fu rovesciata sulle coscie; il tumore era sessile, e non potendosi nemmeno pensare ad una applicazione di clamp qualsiasi, si praticò la legatura perduta con cat-gut, frazionando la zona di ricongiungimento in tante piccole sezioni che intercise in due lacci mano mano venivano disgiunte. Dopo accurata e diligente *toilette* peritoneale si passò alla sutura ad anse della ferita: prima del termine della sutura la donna è in profondo collasso;

il ventre è invaso da sangue arterioso; l'operatore afferra l'utero, lo trascina all'angolo inf. della ferita e trattiene l'emorragia data da grossa arteria; si ripara all'emorragia mediante diversi lacci messi in sito cogli aghi del Péan: vinta la emorragia la donna dà appena segni di vita: si mette in atto la respirazione artificiale e nel frattempo la ferita vien chiusa e nel fondo di Douglas collocato un grosso tubo a drenaggio. L'operazione durò tre ore: lo stato della donna desta seri timori tanto da far pensare alla trasfusione del sangue: ma dopo qualche tempo si rianima: in 2ª giornata si rinnova l'emorragia e questa volta venosa: si rinnovano le injezioni e comprimesi per bene il ventre con bendaggio di flanella. Il tubo è obliterato da grumi per cui si è costretti a ripetere quattro volte al dì injezioni di due litri di acqua fenica con una siringa vescicale maschile. Dopo una settimana di ripetuto espurgo peritoneale l'acqua ritorna limpida onde le irrigazioni si fanno più di rado, e più tardi si sospendono.

Il tumore pesava 15 chil., 8 dei quali dati dalla parte solida. Nella operazione si sono applicate 35 legature perdute con cat-gut di 2 millimetri di spessore, e non un laccio fu mandato fuori. La donna abbandona la Clinica il 27 giugno.

5.° *Cisto-sarcoma uterino — Laparotomia — Guarigione.* — Contadina di anni 21: la paziente s'accorse da circa 7 mesi che il ventre andava aumentando; credette ad una gravidanza non ostante che la mestruazione, irregolarmente sì, ma tuttavia continuasse. Nessun ricordo della facies ovarica: l'esame mostrava discreta raccolta ascitica, ed un tumore apparentemente solido, mobile che arrivava due dita sopra la cicatrice ombellicale, sede di dolori lancinanti assai vivi. Col trequarti esploratore di Dieu-la-foy si ebbe la fortuna di cadere sopra una ciste del volume di un uovo di gallina e di svuotarla: tale liquido più denso di quello ascitico era ricchissimo di albumina ma sprovvisto di paralbumina. Al microscopio mostrava molti corpuscoli adipo-granulosi di Gluge; la esplorazione endo-uterina fatta colla sonda dava un maggior allungamento della cavità di circa 2 centimetri. Si fece la diagnosi di *cistoma multiplo dell'ovajo destro.* — Il 9 giugno si passa all'atto operativo: aperto il ventre appare un tumore solido che punto in due punti non dà che un prodotto di 200 gr. di liquido: si dilata in alto ed in basso la ferita fino a poter estrarre il tumore che ha il volume di un utero a 8 mesi: sorgeva con largo e cortissimo stelo dal fondo verso destra della matrice conglobandosi la tuba

e l'ovajo corrispondente: riuscendo impossibile l'applicazione di un clamp, fu frazionato lo stelo in tante sezioni comprese fra due lacci uno di cat-gut verso la matrice, uno di seta carbolica verso la massa morbosa. Tolta la massa morbosa senza la uscita di una goccia di sangue, pennellata ripetutamente la estesa linea di sezione con colloid stiptic, nell'intendimento di impedire la putrida decomposizione dei frammenti mortificati, e posto un tubo a drenaggio al fondo di Douglas si chiuse la enorme ferita con suture ad ansa. Abbondante sgorga il liquido siero-sanguigno ne' primi dì; le irrigazioni feniche furono cominciate allorquando questo siero si fece odoroso. La donna abbandonò la clinica il 28 giugno perfettamente guarita. Il tumore era un cisto-sarcoma e pesava chil. 5.

6.° *Estirpazione totale dell'utero, maniera di Freund — Morte.* — R. A., di anni 37 benestante perdette il padre per cancro allo stomaco; piuttosto esile ed alquanto dimagrata, da circa un anno soffrì le prime meteorragie e la sequela di tutti que' fenomeni sì comuni ne' carcinomi uterini. L'affezione però esordiva più dal corpo che dal collo uterino e mentre la cervice uterina è solo un po' ingrossata non presentando lesioni nella consistenza nè alla superficie, il corpo ed il fondo sono invece ingrossati ed a superficie alquanto irregolare. Dal cavo uterino scola un profuso liquame, giallo-rossastro, a fetore insopportabile, tratto tratto sostituito da forti perdite di puro sangue. Fatta diagnosi di *carcinoma dell'utero* integri essendo gli organi limitrofi, nè controindicandolo lo stato della plejade ganglionare finitima, nè lo stato generale, venne proposta la esportazione totale della matrice che fu accolta favorevolmente ed eseguita il 20 maggio.

Fu seguito il metodo di Freund con alcune varianti di Koch ed altre ideate dall'A. L'operazione si compì in breve lasso di tempo e senza accidenti di sorta; e qui l'egregio professore dice che in tale atto operativo è sopratutto importante la cooperazione degli ajuti, massime di quello destinato a contenere le anse intestinali: soggiunge poi che nel vivo l'esecuzione parve a lui più facile che nel cadavere, e forse in causa del maggior addestramento avendo avuto cura di praticarla parecchie volte sul cadavere, e soggiunge che ciò avvenne a non pochi chirurghi tedeschi. — Alcuni giorni prima dell'operazione colla pompa Mayer si praticarono generose doccie uterine con acqua fenica al 5 0[0 cosicchè lo scolo s'era fatto inodoro; però afferrando l'utero con una forte molletta da polipi si compresse forte-

mente il corpo uterino ed il liquame sgorgò dalla bocca uterina nella pelvica escavazione. — Prima e dopo la sutura fu lavato e rilavato con acqua fenica il luogo contaminato ma senza effetto utile dappoichè la donna soccombeva in quarta giornata per peritonite settica gangrenosa.

In questo caso l'utero fu afferrato con una pinza da polipi invece di trafiggerlo come prima faceva il Freund, od invece di prenderlo con pinze ad uncino come il Koch precisamente per evitare quello che invece avvenne. Il Freund stesso nel congresso ginecologico del 19 settembre 1879 consiglia di non più trafiggere l'utero nella tema che il filo laceri il tessuto ed il liquore canceroso si effondi e contamini il peritoneo.

A quest'ultima storia seguono alcune considerazioni sul valore dell'esportazione totale dell'utero canceroso e sul metodo da preferirsi.

Premesse alcune parole intorno allo stato miserando di una donna ammalata per cancro uterino, intorno alla poca efficacia dell'amputazione del collo fatta collo schiacciatore, col termo cauterio, coll'ansa galvanica ecc., dice che il Freund studiando il tema dell'esportazione uterina ne migliorò la esecuzione, ma soggiunge nello stesso tempo che il numero di volte in cui tale atto operativo fu praticato è ancora troppo esiguo per poter dire la via battuta franca e sicura; — emette la speranza che ulteriori modificazioni potranno metterla sulla strada dell'ovariotomia e della lapariotomia cugine prime se non sorelle dell'estirpazione dell'utero.

Ai casi noti di Freund, Koch, Martin Olshausen, ecc., l'A. ne aggiunge 6 di inediti del Bardenheur chirurgo capo del civico spedale di Colonia: 2 furono eseguiti col metodo di Freund, 4 con metodo modificato da Bardenheur stesso: ebbene l'esito favorevole s'ebbe ben quattro volte.

D'altra parte gli studi di Waldeyer, Gusserow e Klotz dimostrarono che di rado la degenerazione oltrepassa il peritoneo, sicchè esportato l'utero in toto si ha la probabilità di aver asportate tutte le colonie cancerigne. E d'altra parte se non si vuol eseguire l'estirpazione dell'utero per la sola tema della riproduzione non si dovrebbe operare più nessun altro cancro, nè il sarcoma, nè perfino il polipo nasale.

Ultimo argomento è la *peritoneotomia esplorativa* che ormai privata di ogni pericolo, può essere di grande ajuto nello studio di que' tu-

mori addominali che non a torto gl'inglesi chiamarono tumori fatui (phanton tumours). Ed arrivati così all'ultima pagina del libro non resistiamo alla tentazione di qui riprodurre l'ultimo periodo. Gli esiti felici che da due anni a questa parte si ebbero nell'Ospizio ostetrico di S. Caterina, al quale è addetto lo scirvente, (4 tagli cesarei con amputazione utero-ovarica, ed 1 ovariotomia, tutti con esito felice nel volgere di circa 18 mesi) ci mostrarono la verità di quanto è racchiuso in detto periodo; sia questo sempre presente al chirurgo e le catastrofi diminuiranno certamente di numero. Eccolo·

Insisto in modo particolare sul dovere di osservare rigorosamente la tecnica esecuzione e consecutiva vigilanza nella peritoneotomia antisettica, imperocchè è noto come di solito le proposte cliniche si giudicano alla stregua degli eventi, e gli eventi in chirurgia, sono ..... come si sanno conseguire.

Dr. Paolo Negri.

Varietà

Profilassi antisettica in Ostetricia. — Dal giornale della Società Italiana d'Igiene N.° 1 e 2 del 1880, pagina 173, riportiamo il seguente brano del processo verbale dell'adunanza del dì 28 febbraio 1880.

Chiara prof. Domenico. — *Sulla profilassi antisettica nella Clinica ostetrica presso l' Ospizio Provinciale di Santa Caterina in Milano: procedimenti usati, effetti ottenuti.*

Il prof. Domenico Chiara prendendo argomento dalla comunicazione fatta dal dott. Robolotti nell'ultima seduta del 29 novembre intorno alle *febbri puerperali epidemiche disseminate da medici e levatrici nel Cremonese*, esprime l'opinione che la febbre puerperale debba essere annoverata fra i morbi di indole contagiosa, e convinto di questo fatto, dimostra come egli fino dal 1867 trovandosi a dirigere la Maternità di Parma, proponesse misure profilattiche tali da garantire dalla invasione e dalla diffusione di questa malattia. Inspirandosi a tale concetto il prof. Chiara reputò sempre utile ed indispensabile praticare negli ospizî di Maternità la più severa sorveglianza sopra i medici ed il personale tutto addetto all'assistenza delle gravide e delle puerpere, gli studenti e le allieve levatrici, e come egli abbia seguíto questo precetto lo dimostrano le Relazioni statistiche riguardanti la Scuola di Santa Caterina in Milano, che egli attualmente dirige.

A viemmeglio persuadere quanto siano importanti i mezzi impiegati per difendere le ricoverate dai morbi puerperali infettivi, il professor Chiara, convinto che di questi mezzi il migliore di tutti sia per ora la profilassi listeriana, si fa ad esporre minutamente le precauzioni che si usano nella Clinica ostetrica di Santa Caterina circa

l'esplorazione eseguita a scopo diagnostico, il parto, gli atti operativi semplici, le grandi operazioni e la preservazione delle ricoverate da invasioni provenienti dal di fuori.

Poscia l'oratore dimostra con molto ordine come per mezzo delle minuziose, diligenti e continue precauzioni che presiedono e dirigono nell'Ospizio di Santa Caterina gli atti eseguiti sulle ricoverate, vi sia notevolmente diminuita la mortalità, cosicchè mentre dal 10 %, media abituale, questa scendeva negli anni 1875-76 all'8 % e negli anni successivi, l'indice della mortalità discese al 6 al 4 e perfino al 2 %.

Dal 1° gennajo 1880 a tutt'oggi, nell'Ospizio sopraindicato si effettuarono già 67 parti che offrirono campo a tutte le operazioni ostetriche, dalle più semplici alle più ardite (amputazione cesarea dell'utero), e malgrado ciò non si ebbe a notare niun caso di malattia e quindi nessun caso di morte.

Forte di questi argomenti il prof. Chiara dimostra quindi come nelle Maternità bene ordinate e sopratutto bene dirette, si possa ovviare alle dolorose conseguenze che hanno origine dal prodursi e dal diffondersi dei morbi infettivi puerperali, e da ciò viene a concludere come alla opinione di coloro i quali ad evitare i danni che vengono attribuiti alle Maternità vorrebbero soppressa questa specie di ospizî, si debba opporre la dottrina, meno radicale se vuolsi, ma più pratica, di migliorarli e di perfezionarli. A tale effetto egli cita alcuni dati statistici raccolti intorno alla mortalità delle gravide e delle puerpere curate nelle Maternità, e altri dati relativi alle donne curate a domicilio e ne deduce che quest'ultimi resultarono maggiori in confronto dei primi.

Riassumendo i fatti esposti, il prof. Chiara pone in evidenza la necessità di diffondere per ogni dove e specialmente fra le levatrici, gli studenti, le persone tutte addette all'assistenza delle gravide e delle puerpere nelle case e negli ospedali, i principî eminentemente scientifici sui quali poggia la profilassi listeriana, e a tale effetto propone che con conferenze popolari e con pubblicazioni di breve mole, la Società provveda a propagare quei precetti, che praticati con con-

vincimento e con cuore, possono contribuire alla salvezza di molte povere donne.

Il *Presidente* accoglie di buon grado la proposta del prof. Chiara, della quale il Consiglio terrà conto.

Cronaca dell'amputazione cesarea utero-ovarica. — Sono pervenuti a nostra conoscenza i seguenti nuovi casi:

1.° Rachitica operata nell'Istituto Ostetrico di Modena dal professor Alessandro Cuzzi (marzo 1880). Feto vivo, madre morta di peritonite. In questa donna preesisteva nefrite parenchimatosa e pielite suppurata.

2.° Una lettera del dott. Egidio Welponer al dott. Mangiagalli annunziava un nuovo caso di taglio cesareo metodo Porro, eseguitosi nella Clinica di Gustavo Braun. Esito ancora sconosciuto.

3.° Dal *Centrablatt für Gynaecologie* apprendiamo come tale operazione sia stata eseguita dall'Hausner di Barmen. Feto premorto, madre morta.

4.° Finalmente sono da aggiungere due nuovi casi di Lucas Championnière, l'uno con pieno successo, l'altro susseguito da morte.

Errata-corrige — FASCICOLO DI MARZO.

A pagina 136, linea 10ª dove è scritto: « *pesano* per verità nella scelta di *queste conclusioni* troppo ingiustamente sfavorevoli per la madre » deve leggersi: « *pongono* per verità nella scelta di *questo condizioni* troppo ingiustamente sfavorevoli per la madre. »

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano. — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume II. Maggio 1880. Num. 5.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

ALCUNE OSSERVAZIONI OSTETRICHE

DEL

Dott. PERICLE SACCHI

Medico Aggiunto nell'Istituto Ostetrico di Cremona

DIRETTO DAL

Dott. Cav. PAOLO COGGI

I.

Ovaroisterotomia cesarea.

Quando nel gennaio del 1877 nella *Rivista Clinica* di Bologna, io presentava ai lettori di quel giornale un riassunto sulla Memoria illustrante la prima ovaroisterotomia cesarea del Porro, chiudeva l'articolo con queste parole:

« Ad una innovazione al processo operatorio del taglio cesareo, cotanto razionale e coronata da così splendido successo, auguro di cuore che sia messa in pratica dagli ostetrici, perchè venga presto così autenticata da numerosi ottimi risultati. »

E difatti ormai 45 amputazioni uterovariche si sono compite con 20 guarigioni, e l' atto operativo del Porro può dirsi accettato nella pratica ostetrica. Nè miglior esito poteva sperare al mio augurio, fatto colla convinzione che la proposta del Porro fosse un vero guadagno per l'ostetricia.

Dopo la pubblicazione di quella nota non cessai di tenermi informato di quanto stampavasi in argomento, poichè davvero piacevami vedere la fortuna di un atto operativo, altrettanto ardito quanto utile. Ma più ancora avrei desiderato poter presenziare ad una di codeste operazioni e ciò mi fu dato appunto di fare nel febbraio dello scorso anno, nel qual tempo potei come aggiunto alla Maternità di Cremona assistere alla 24ª ovaroisterotomia cesarea eseguita dal medico primario dott. cav. Paolo Coggi.

La storia di questa operazione venne ritardata già di troppo, e sebbene sia quella di un insuccesso, pure ciò non mi trattiene dal pubblicarla, persuaso che come in ogni questione per ben discorrerne convien conoscerne il pro ed il contro, così nell'apprezzamento di certe modalità operative, maggiore è il numero delle osservazioni e più retto è il giudizio che sopra di esse si può pronunciare. Forse l'esposizione di questo caso ostetrico apparirà un po' prolissa, e si dirà che di parecchie minuterie avrei potuto far grazia al lettore, ma l'ho fatto e perchè penso che trattandosi di operazione, che da poco si compie, ogni particolare più piccolo ha la sua importanza, e perchè non avendo in questo caso la operazione sortito esito felice, si possano più facilmente scorgerne i difetti, se vi saranno, e questi servire di norma per essere evitati. Ringrazio intanto di buon grado l'egregio dott. Paolo Coggi, che mi onorò dell'incarico di illustrare questo ed i seguenti casi osservati nella maternità da lui diretta, e volle valersi in essi della mia collaborazione.

Il 14 gennaio 1879 alle ore 8 pom. veniva accolta nel Comparto Secrete una donna nubile d'anni 30, gravida per la prima volta. Dall'anamnesi di essa si rilevò che il padre e la madre sua erano piccoli di statura, ma regolarmente conformati, la sorella invece marcatamente rachitica; non ricordava quando avesse incominciato a camminare, nè sapeva di aver avuto alcuna malattia nell'infanzia. La mestruazione incominciò a 16 anni, un po' stentata sul principio, procedette poi con intervalli regolari e con una

durata media di 8 giorni. L'ultima mestruazione era terminata alla fine di aprile 1878, regolare come le altre. Due erano state, al dire della donna, le uniche occasioni al concepimento, ai primi di maggio 1878, con una settimana di distanza tra la prima e la seconda. I moti attivi del feto erano stati avvertiti per la prima volta nell'agosto 1878.

L'esame obbiettivo della donna forniva i seguenti risultati. La statura era di metri 1,29. Lo scheletro piccolo ma armonico, non deforme: esaminandola attentamente però si riscontravano traccie di rachitismo. La testa era voluminosa, il naso un po' schiacciato, i capi sternali delle clavicole erano grossi: l'angolo del Louis non sporgente. La colonna vertebrale era diritta, non esisteva insellatura lombare, i ginocchi, specialmente il sinistro, convergenti, i capi delle tibie erano voluminosi; nè i femori nè le tibie però presentavano alcuna piegatura nelle diafisi, e così pure le ossa del braccio e dell'avambraccio. Le braccia erano brevi, le mani piccole, paffute, i piedi lunghi e larghi. Col compasso pelvimetrico di Bandelocque si ebbero le seguenti misure. Coniugata esterna c. 16. Tra le sp. i. a. s. c. 21. Tra le creste c. 24 $^1/_2$. Diametro bitroconterico c. 25. Bischiatico c. 8. Obliq. sinistro est. c. 19 d. destro c. 18. Dall'apofisi dell'ult. lomb. al troc. destro, c. 14, al sinistro c. 13; alla spina il. a. s. destra c. 15, alla sinistra c. 15; alla tub. isch. destra c. 15 $^1/_2$, alla sin. c. 15 $^1/_2$. — L'altezza della sinfisi pubica era di 3 c. Col nastro metrico la circonferenza pelvica si riscontrò essere di c. 75. La pelvimetria interna digitale diede una coniugata vera non corretta di 8 c., che corretta poteva ritenersi di 6 $^1/_2$ c., il diametro coccipube di 7 c. Lo stato di nutrizione generale era buono: Le mammelle turgide, compresse gemevano siero, i capezzoli erano poco pronunciati; le areole larghe, ben pigmentate, non presentavano nessun tubercolo del Montgomery: l'addome di forma regolare, era pendente in avanti a bisaccia e la linea pigmentata ben pronunciata specialmente la sopraombellicale. Esistevano strie

cerulee abbondanti nei due quadranti superiori dell'addome, quasi nulla negli inferiori. La circonferenza addominale all'ombellico misurava c. 92. Dal pube all'ombellico c. 17 ½; al fondo uterino c. 37; alla seifoide c. 44. Alla palpazione si riscontrava il capo del feto allo stretto superiore, mobile, il dorso a sinistra, piccole parti nel quadrante inferiore destro.

All'ascoltazione il battito cardiaco fetale (frequenza 150) si trovò avere il suo massimo d'intensità in corrispondenza dell'ombellico, estendendosi chiaro verso il quadrante superiore destro ed il superiore sinistro, non ben distinto nel quadrante inferiore sinistro, poichè quivi era velato da un esteso e dolce soffio materno.

La esplorazione vaginale faceva sentire presentarsi il capo allo stretto superiore, appena accessibile però. Centrale il collo dell'utero, lungo 1 cent. e ½, molle, aperto nell'orificio esterno che era regolare. Col dito esploratore si sentiva il bacino poco spazioso ma regolare: tutte le parti molli della pelvi erano normali. Da questi dati anamnestici e dall'esame obbiettivo naturale discendeva il diagnostico di: primipara, con bacino gravemente ristretto in totalità, massime trasversalmente, gravidanza intrauterina semplice al 9° mese, parto indicato ai primi di febbraio, feto vivo presentantesi pel capo, col dorso a sinistra. E da queste conclusioni chiaramente appariva come il parto non potesse nel caso presente avvenire spontaneamente e che di necessità richiedevasi l'aiuto dell'arte a compirlo.

Quale sarebbe stato il trattamento ostetrico?

Il grado di viziatura pelvica al quale ci trovavamo dinnanzi non ci lasciava pensare che a due mezzi, o l'embriotomia o il taglio cesareo. L'embriotomia se non impossibile sarebbe stata al certo difficilissima, stante la grave viziatura anche nel senso trasverso del bacino; essa ci costringeva ad uccidere di proposito un feto che per ogni segno appariva vivo e ben sviluppato: e ci costringeva ad uccidere il feto col funesto e quasi certo

presentimento di uccidere con esso anche la madre, la quale difficilmente avrebbe sopravvissuto ai maltrattamenti che gli organi interni per la difficoltà delle manovre embriotomiche nel caso speciale avrebbero inevitabilmente sofferto. Tale prospettiva doveva fare e fece propendere pel taglio cesareo: operazione di cui non ci nascondevamo la somma gravità, ma nella quale avevamo altresì più fiducia, dacchè il felice esito della prima operazione del Porro, di taglio cesareo, completata dall'amputazione uterovarica seguito da parecchi altri, veniva ad infonderci nuovo coraggio.

Non si volle però procedere ad alcun preparativo prima di avere interrogata la donna, ed aver sentito il parere dei colleghi in consulto generale. Questi, invitati dall'onorevole signor Capo Medico dell'Ospedale il dott. Angelo Monteverdi, raccoltisi in numero di dieci nella Sala di Maternità, esaminata la donna, confermarono il giudizio diagnostico esposto, ed approvarono all'unanimità che il trattamento dovesse ridursi al taglio cesareo con amputazione utero-ovarica.

Passammo allora ai preparativi per l'operazione.

La donna fu resa consapevole che pel suo stato era necessaria una operazione di somma gravità, senza però descrivergliene i particolari; ed essa dichiarò, facessimo quello che giudicavamo essere miglior cosa per salvar lei ed il suo bambino, che del resto era fiduciosa in noi e pronta a tutto. Si impartirono alla infermiera capo-sala le opportune istruzioni perchè potesse avere vitto eccellente e possibilmente secondo suo gusto, che non trovasse nei modi con cui veniva trattata dalle infermiere e dalle compagne alcuna ragione per inquietarsi, che anzi tutto si facesse per distrarla, sicchè si tenesse in perfetta quiete l'animo suo ed in istato fisiologico il suo organismo. Si cercò tenerla il più che fu possibile all'oscuro dei preparativi che si facevano per l'operazione, perchè non la credesse di gran che differente dalle ordinarie.

Ma la cura precipua doveva essere rivolta all'allestimento della camera per l'operazione e di quella che doveva accogliere la donna puerpera, nonchè di tutti gli istrumenti necessari per l'atto operativo. Volevasi applicare il metodo antisettico del Lister col massimo rigore possibile, per togliere per quanto fosse stato in noi ogni causa d'esito letale per una infezione da agenti esterni.

Fino dal 19 gennaio 1879, giorno in cui nel Consulto si decise di praticare l'ovaroisterotomia cesarea, le due camere destinate per l'operanda vennero quotidianamente riscaldate e fenizzate col polverizzatore Championnère. Di queste due camere la prima accoglieva ordinariamente le anonime in puerperio regolare, nella seconda non erano mai state nè ammalate nè puerpere. Entrambe sono all'altezza di un secondo piano ordinario, ben aereate con aperture a Sud ed a Nord; ne venne rossato il pavimento ed accuratamente pulite le pareti. Sia il letto da operazione che quello da puerperio vennero lavati con acqua fenicata e forniti di biancheria nuova. Tutte le pezze, le bende ed in genere la biancheria che era destinata per la operanda era nuova o lavata in soluzione fenicata e poscia asciugata. Gli istrumenti chirurgici dell'apparecchio erano nuovi o di recente puliti, tutti poi subirono il giorno prima dell'operazione una lavatura nell'acido fenico.

Il letto d'operazione sul quale venne distesa una tela gommata lavata con soluzione fenicata, venne posto vicino ad una delle finestre coi piedi ad essa rivolti. Presso la finestra stava il grande spray-producer del Championnère, che gettava la nebbia fenica sul letto, nel punto ove sarebbe venuto a corrispondere l'addome della paziente.

Tali furono i preparativi fatti. Essendosi deciso di incominciare l'operazione non appena le doglie si fossero fatte discretamente valide si dovette aspettare sino all'11 febbraio. Già la donna aveva accusato qualche dolore preparante il giorno 8, ma nel 9 parvero sospendersi per ripigliare il 10 sera. Solo la mattina dell'11 però

le doglie crebbero d'intensità e le modificazioni del collo uterino accennarono avviarsi il travaglio. Si fissò allora per le 11 ½ ant. l'operazione. Ciò fu comunicato alla donna, munita fin dal mattino dei conforti di religione. Essa ricevette la notizia quasi con indifferenza perchè vi era apparecchiata ed aspettò calma il momento dell'operazione. Nella camera a questa destinata non entrarono dapprima che le suore di carità incaricate del servizio dell'operazione ed i medici delegati a fungere come assistenti: tutti gli altri non entrarono che appena la donna fu immersa nel sonno cloroformico.

I medici che gentilmente coadiuvarono nell'operazione furono i dottori Coggi Cesare, Omboni, Biazzi e Bergamaschi. Si incaricarono della cloroformizzazione i dottori Benini, Salomoni e Rucioli; del termocauterio di Pacquelin il dott. Arcari e delle note sull'atto operativo il dott. Pizzamiglio. Io porgeva gli strumenti.

Erano presenti pure l'egregio signor Capo Medico dott. Angelo Monteverdi ed i dottori Mainardi, Rossi, Majocchi, Cappi, De Franceschi, Rizzardi, Manfredi e Bonadei.

Alle ore 11 ½ precise, lavatisi operatori ed assistenti in una soluzione fenicata, e riscontrate 100 pulsazioni e 22 respiri per minuto alla donna, incomincia la cloroformizzazione. Si ascoltano i battiti cardiaci del feto che odonsi chiari e regolari nel quadrante inferiore sinistro dell'utero. Si procede al cateterismo vescicale col quale si ottiene poca urina: il catatere vien lasciato in vescica e viene affidato al dott. Bergamaschi. Dopo 10 minuti essendo la donna assopita, l'operatore dott. Paolo Coggi incomincia l'incisione delle pareti addominali strato per strato, fermando colle pinze emostatiche l'emorragia per quanto lieve si producesse dai piccoli vasi. L'incisione si estende per 12 cent. da 3 cent. al disopra del pube, a 2 cent. al disotto dell'ombellico. Arrivato allo strato aponeurotico l'operatore lo seziona assieme al peritoneo parietale sulla scorta della sonda, e introdotta per

una piccola incisione fatta nella parte alta della ferita; ciò fatto appare l'utero di un colore bluastro splendente per la lamina peritoneale che lo ricopre; nello stesso tempo sgorga dal cavo addominale un po' di siero limpido. Non funzionando bene il termocauterio col quale voleva farsi l'incisione dell'utero, la si pratica con un bistori ordinario. Esce prima abbondante quantità di sangue bluastro, poi il liquido amniotico dalle membrane divise, ma nulla penetra nel cavo peritoneale per la giusta opposizione che il dott. Biazzi seppe mantenere della parete addominale all'utero. Introdotta la mano destra nella ferita, l'operatore afferra il feto per i piedi e delicatamente lo estrae fino alla testa. Allora si procede con un movimento combinato. Nel mentre l'operatore trae sul feto per estrarre il capo, il dott. Omboni aiuta la fuoruscita dell'utero e nello stesso tempo il dott. Coggi Cesare circonda la regione inferiore dell'utero con una spugna fessa, infossandone la parte non tagliata nella ferita. Con tale manovra, riuscita esattamente, le acque amniotiche che ancor rimanevano nell'utero, non uscirono dietro al capo che quando l'utero era già fuori dell'addome e circondato il basso dalla spugna, che impediva colassero direttamente le acque ed il sangue nella cavità addominale. L'utero liberato così dal feto, poi tosto dalla placenta si contrae e s'erge sulla ferita. Si passa allora all'applicazione dell'ansa metallica attorno alla parte più bassa dell'utero estratto, badando che le tube e le ovaie ne restino libere al disopra. Si stringe l'ansa col serranodi del Cintrat. Vistosi cessare ogni gemizio di sangue dall'utero inciso, si amputa l'utero cogli annessi a 2 cent. al disopra dell'ansa costrittrice; dalla superficie del taglio che appare di color bianco, non geme una stilla di sangue: l'emostasi è completa. Si leva allora la siringa dalla vescica ed assicurati della pulitezza del peritoneo si passa senz'altro alla cucitura. Il primo punto metallico, che è l'inferiore, vien posto in modo che serva di sostegno al moncone, e ciò si ottiene infiggendo l'ago nel margine sinistro della ferita dall'esterno al-

l'interno, non a livello della parte superiore del moncone, ma un centimetro circa più in basso, e trafiggendo dall'interno all'esterno il margine destro pure un centimetro più in basso dalla parte superiore del moncone uterino. Si applicano in seguito altri 4 punti metallici ad eguali intervalli, comprendendo il peritoneo parietale e levando mano mano che si procedeva nella sutura nodosa la spugna introdotta nella ferita e che impediva alle intestina di fuoruscire ed al sangue di penetrare nell'addome. Si trafigge poi il moncone traversalmente al suo centro subito al disopra dell'ansa del costrittore con un ago di Beau di cui si protegge la punta con una pallottola di cera; quindi negli intervalli tra i punti metallici si praticano altri 4 punti di sutura nodosa con filo di seta. Si pennella con soluzione concentrata di percloruro di ferro il moncone; si pulisce la donna con acqua fenicata e si tolgono le lingerie sporche. Tra i capi dei fili metallici si pone del cotone fenicato col quale si copre tutta la ferita al disopra del moncone; su questo e sulla ferita viene applicata una fettuccia di garza fenicata bagnata nella glicerina fenicata. L'addome viene involto con cotone fenicato ed il tutto vien contenuto con una fascia di garza fenicata. Il serranodi vien fissato alla coscia sinistra con una piccola fascia di flanella. Sono le ore 12 e 5 pom. Si fa indossare all'ammalata, che si è già svegliata da parecchi minuti dal sonno cloroformio, un corpetto di flanella e la si trasporta nella camera vicina da puerperio che è riscaldata come quella da operazione a 19° c. e la si distende supina sul letto, ponendole un cuscino cilindrico al disotto dei popliti per mantenere flesse le coscie, di cui la sinistra viene immobilizzata con addatta fasciatura, affinchè il serranodi che ad essa è raccomandato non abbia a patir scosse. Si raccomanda all'operata un'assoluta immobilità e se ne circonda il corpo con bottiglie di terra refrattaria piene di acqua calda. La paziente ha fisonomia composta, è calma, il suo polso di 70 battiti al minuto e le respirazioni sono di 35 al minuto. Il bambino nato in istato

d'asfissia viene presto rianimato (1). È un maschio ed offre i seguenti dati di misurazione:

Peso gr. 3625. — Lunghezza totale 56 c. — Lunghezza dal vertice al bellico c. 30, dal bellico ai calcagni 26 c. — Diametri del capo: occip. ment. 13 $^1/_2$, occip. front. cent. 12. — Sottocip. bregm. cent. 11. — Mento frontale cent. 8. — Bipar. c. 10 $^1/_2$. — Bimast. c. 8 $^1/_2$. — Bimalare c. 7.

La lunghezza del cordone ombellicale è di c. 39. Il peso degli annessi del feto è di gr. 560.

L'utero amputato cogli annessi suoi pesa gr. 787. La lunghezza della cavità è di 11 cent. Il diametro verticale è di 14 cent. Tra l'inserzione dei legamenti rotondi corrono 12 cent.. i residui dei legamenti stessi sono lunghi 2 cent. L'angolo superiore dell'incisione verticale dista 6 cent. dalla sommità dell'utero, l'angolo inferiore dista 2 cent. dal punto di amputazione; la ferita verticale è lunga 7 cent. Dalla sommità dell'utero al punto di amputazione corrono sulla faccia ant. 15 cent., sulla post. 14 cent. La ferita d'amputazione (trasversale) è lunga 8 cent. Lo spessore dell'utero al centro dei margini della ferita verticale è di 3 cent. e quello dei margini della ferita d'amputazione è di 1 cent. Il peritoneo intorno al punto d'amputazione è staccata per 2 cent. e posteriormente fino per 3 cent., può perfettamente ricondursi al livello dell'incisione nella parte anteriore, più difficilmente nella posteriore. La incisione d'amputazione è riuscita leggermente obliqua da sinistra a destra e dall'alto in basso. Le ovaie sono integre, meno la sinistra di cui una piccolissima parte è rimasta nel moncone ma sopra il laccio costrittore.

Veniamo ora al decorso clinico del puerperio.

Quotidianamente ogni 3 ore circa si faceva una polverizzazione di soluzione fenicata nella stanza che era mantenuta riscaldata a 14° Réaumur.

---

(1) Il bambino morì il 18 febbraio ed alla necroscopia si riscontrò la mancanza del setto interauricolare del cuore.

Giornata 1.ª — 11 febbraio ore 4 ½ pom. T. 36,7. P. 72. R. 24. — Brivido di freddo subito dopo l'operazione che durò ¼ d'ora e che sparì coll'applicazione di bottiglie piene d'acqua calda in vicinanza dei piedi, delle gambe ed ai lati del torace. Si sente benino. Qualche dolore qua e là nell'addome. Bruciore e senso di stiramento alla ferita. Stillicidio sanguigno dai genitali. Brodo ed un cucchiaio di Bordeaux.

Ore 6 pom. — T. 37. P. 72. R. 24. — Sempre quieta. Qualche dolore addominale ed ai lombi. Siringazione (urina limpida, circa 300 c. c.)

Ore 8 ¼ pom. — Come alle 6 pom.

Ore 12 pom. — Continuano i dolori addominali e dorsali. Ha preso tre pillole così composte: pr. oppio puro grm. 1, estr. di camomilla 9. 6 p. f. una pill. Tre cucchiai di Bordeaux. Siringazione (urina limpida circa 400 c. c.)

12 febbraio. Ore 6 a. — Siringazione (urina limpida circa 400).

Ore 8 a. — T. 378. P. 78. R. 30. — Pochissimo riposo nella notte. Dolori addominali e dorsali. Ha preso 6 pillole oppiate. — Pelle umida. Ventre non aumentato di volume ed indolente alla pressione. Più scarso ma persistente lo stillicidio sanguigno dai genitali.

Giornata 2.ª Ore 12 m. — T. 38,1. P. 84. R. 36. — Dolori addominali e dorsali. Senso di bruciore alla ferita. Brodo consommé. Vino Bordeaux con acqua seltz.

Ore 3 ½ p. — T. 38,5. P. 84. R. 36. — Dormì 1 ora ¼. Sete. Dolori addominali e dorsali meno vivi. Mammelle un po' tese, lievemente dolenti ma secernenti. Addome più teso di stamane ed uniformemente dolente alla pressione.

Ore 6 p. — Siringazione (urina torbida, rossiccia circa 200 c. c.).

Ore 12 p. — T. 37.8. P. 78. R. 30. — Prese brodo e Bordeaux con acqua seltz, quieta. Tensione e dolore alle mammelle, dolori ai fianchi, non alla ferita. Oppressione epigastrica. — Polveri di magistero di bismuto gr. 20.

Siringazione (urina torbida, facente sedimento rossiccio gr. 150. Esaminata chimicamente si constata l'assenza di acido fenico e la abbondanza degli urati).

13 febbraio.

Ore 8 ant. — T. 37.8. P. 90. R. 30. — Vomito per due volte di materie verdiccie filanti. Nel vomito non ebbe nè dolore nè stiramento alla ferita; dopo di esso cessò l'oppressione epigastrica. Prima medicatura (come tutte le seguenti durante la nebulizzazione fenicata). Moncone di color rosso-bruno, tumido non esala odore. Nessuna traccia di suppurazione dalla ferita. Tesa e dolente la fossa iliaca destra: la cute vi è un po' rossa: ivi dolore a pressione affatto superficiale, non spontaneo.

Ore 10 ant. — Clistere di inf. camomilla gr. 150. Aceto aromatico gr. 2. Cloruro di sodio gr. 8.

Giornata 3.ª — Ore 12 m. T. 37.4. P. 78. R. 24. — Ha riposato. Quiete. Nessuna scarica alvina, nè dolori addominali. Prese brodo e Champagne. Mammelle meno tese, quasi indolenti, non secernenti. Lochi mucosi, scarsi. Siringazione (urina meno torbida, circa 150 c. c.)

Ore 3 p. — T. 37.5. P. 80. R. 30. — Scaricò l'alvo. Addome non dolente spontaneamente, bensì a pressione anche leggiera; ancora un po' teso. Urinò spontaneamente.

Ore 12 p. — T. 38.2. P. 80. R. 38. — Alle 6 p. ha preso 15 gr. di solfato di soda. Riposò dalle 7 alle 10 pom. Alle 11 ¼ vomito di un liquido bianchiccio. Dolori addominali e borborigmi. Colla siringazione 100 gr. di urina.

14 febbrajo.

Ore 6. — Siringazione 100 gr. d'urina.

Ore 8. — T. 38.1. P. 90. R. 30. — Riposò un po' stamattina. Nessuna scarica. Continuano i dolori addominali e i borborigmi. Ventre teso, indolente. Mammelle ancora dolenti, non danno secrezione.

Punti di sutura in sito: nessuna traccia di suppurazione. Mon-

cone di color nerastro, più molle, inodoro: ne trasuda poco liquido rosso-bruno. Si pennella il moncone con una soluzione di acido fenico $^3/_{100}$. Si fa compiere un giro alla vita del serranodi. La donna non prova in ciò alcuna molestia. Si leva il cuscino rotondo sotto ai popliti e si pone un capezzale sotto al bacino. Ha preso brodo e champagne.

Giornata 4.ª. — Ore 12 m. T. 37.9. P. 90. R. 36. — Lochi scarsi, mucosi. Dopo le 10 ant. vomiturizioni frequenti. Borborigmi e dolori addominali. Nessun dolore alla ferita, nè senso di storamento. Alle 10 $^1/_2$ ant. clistere di inf. off. di camomilla gr. 150, aceto aromatico gr. 2 e solfato magnesia gr. 30. Alle 11 $^1/_2$ ant. emise il clistere senza feci. Ventre ancor teso.

Siringazione che dà pochissima urina, avendo la donna urinato spontaneamente e conscientemente.

Ore 3 p. — Due volte vomitò materie verdastre, continua la vomiturazione. Nel vomito dolore alla ferita. Evacuò feci liquide in discreta copia.

3 goccie di Laudano con un pezzettino di ghiaccio.

Ore 5 p. — Vomitò ancora una volta. Ventre assai disteso.

Quantunque i punti di cucitura tengano bene, per maggior sicurezza si intersecano con 5 liste di garza fenicata, assicurate alle pareti dell'addome con collodion.

Acqua seconda di calce gr. 100, un cucchiaio ogni ora e mezza. Clistero di inf. di camomilla gr. 150. Tint. d'assa fetida gr. 3.

Ore 6 p. — Siringazione. Pochissima urina.

Ore 8 p. — T. 38.5. — Siringazione (pochi grammi d'urina).

Ore 12 p. — T. 38.2. P. 96. R. 48. — Si lamenta dalle 6 p. di *dolori forti lancinanti* nel quadrante superiore destro dell'addome, e dalle 10 p. anche nel quadrante superiore sinistro. Ha vomitato parecchie volte ed ha di continuo la vomitazione. Ventre sempre assai teso.

15 febbrajo.

Ore 6 ant. — Ha orinato spontaneamente.

Ore 8 ant. — T. 38.2. P. 72 R. 32. — Ha vomitato tutta la notte. Tre scariche alvine di materie fecali liquide in buona copia. Fisonomia sofferente. Ventre ancora teso. Vesciche di ghiaccio al ventre. Clistero con acqua saponata e acqua di calce. Acido cloridrico centig. 25, acqua gr. 100 un cucchiaio ogni ora.

Le liste di garza collodionate tengono benissimo. Nessuna suppurazione dalla ferita, tranne che un lieve trapelamento di siero sanguinolento dall'angolo inferiore. Il moncone è quasi totalmente nero, inodoro. Si fa compiere un secondo giro alla vita del clamp. Si pennella il moncone con soluzione fenicata. (Giornata 5.ª)

Ore 12 m. — T. 37. P. 72, depresso R. 30. — Continua il vomito. Abbondante scarica di materie liquide mezz'ora dopo il clistere. Qualche colpo di singhiozzo nel mattino. Dolori addominali un po' scemati e limitati sempre ai due quadranti superiori, più marcati all'ipocondrio destro. Colon traverso assai disteso. Pennellatura di trementina all'addome. Clistere di brodo con rosso d'uovo e vino Bordeaux. Tintura di noce vomica, goccie 6 in un cucchiaio d'acqua Seltz ogni 3 ore.

Ore 3 p. — T. 37.9. P. 78, depresso. R. 30.

Ore 6 p. — T. — P. 70 più sostenuto R. 30. — Non ebbe più vomito, solo qualche volta l'impulso. Dolori addominali calmi: non è aumentata la tensione del ventre. Siringazione.

Ferita come nel mattino. Pennellatura fenicata del moncone. Ghiaccio e pennellata di trementina all'addome. Clistere d'acqua saponata, acqua di calce e tinta d'assa fetida.

Ore 12 p. — T. 37.9. P. 84 largo sostenuto. R. 32. — Non ebbe più vomito nè urto di vomito. Scarica abbondante di materie pultacee mezz'ora dopo il clistere. Addome un po' detumefatto; regione epigastrica, però ancora molto tesa. Fisonomia composta.

Pennellatura di trementina all'addome. Continua l'amministrazione di noce vomica.

16 febbrajo.

Ore 8 ant. — T. 37.7. P. 72. R. 26. — Urine spontanee.

Scarica di materie sciolte dopo uno dei soliti clisteri. Nè vomito, nè singhiozzo.

Ferita sempre asciutta. Fatti due giri al serranodi si vede gemere dallo spazio che è fra il moncone e la cute, pus scorrevole, senza fetido odore. Pennellatura fenica del moncone e di trementina all'addome. (Giornata 6.ª)

Ore 12 m. — T. 37.1. P. 66 debole. R. 25. — Urine spontanee, scarica di materie pultacee dopo il solito clistere. Colon traverso meno teso. Pennellatura fenicata del moncone.

Ore 3 p. — T. 37.1. P. 72. R. 24. — Nè vomito, nè singhiozzo, nè dolori addominali. Scarica di materie sciolte.

Ore 6 p. — T. — P. 70. R. 24. — Dormì quieta. Nessuna scarica. Qualche dolore addominale. Un giro al serranodi. Geme ancora pus tra il moncone e la cute. Pennellatura di trementina e ghiaccio all'addome.

Ore 11 p. — T. 37.5. P. 88. R. 30. — Scarica pultacea dopo un clistere. Si sente benino. Urine spontanee.

17 febbrajo.

T. 37.9. P. 90. R. 24. — Notte buona, riposò 4 ore e ½. Tre scariche alvine pultacee spontanee. Pantrito, rossomata e Champagne. Il solito pus tra il moncone ed il punto inferiore si aggiunge una 6ª listerella di garza fissata col collodion tra i due punti inferiori. (Giornata 7.ª)

Ore 12 m. — T. 37.3. P. 90. R. 30. — Fisonomia composta, si sente bene. Non dolori addominali, due scariche sciolte. Pochissimo pus tra il moncone ed il punto inferiore. Rossumata al Champagne. Pantrito e Bordeaux.

Ore 3 p. — T. 37.3. P. 90. R. 30. — Tre scariche spontanee liquide. Borborigmi e dolori addominali.

Ore 6 ½ p. — T. 37.9. P. 100. R. 30. — Due scariche sciolte. Due giri al serranodi. Quasi nullo il pus tra il moncone ed il punto inferiore, 6 goccie di tintura di noce vomica.

Ore 12 p. — T. 37.1.

18 febbrajo.

Ore 8 ant. — T. 37.9. P. 103. R. 30. — Notte buona. Due scariche liquide spontanee. Addome più elastico, indolente alla pressione. Poco pus attorno al moncone, che è assicurato e *quasi staccato*. Un giro al serranodi. (Giornata 8.ª)

Ore 12 m. — T. 37.9. P. 96. R. 30. — Due scariche alvine, si sente bene. Nessun dolore addominale. Colon ancora molto disteso. Pennellatura fenicata del moncone. Pochissimo pus attorno ad esso.

Ore 6 p. — T. 38 2. P. — frequentissimo, incalcolabile. R. 60. — Alle 5 pom., dopo avere avuto una scarica alvina, disse sentirsi male: chiese dello Champagne ma lo vomitò, ed il vomito continuò poi sempre, suscitando vivi dolori addominali. Addome teso assai. L'ansa del serranodi alquanto infossata; forte tensione nei labbri della ferita pel meteorismo esagerato. Pelle madida di sudor freddo. Raffreddamento delle estremità. Faccia ippocratica.

Ore 7 3/4 p. — Morte.

Necroscopia. — 42 ore dopo la morte. — Rigidità cadaverica scomparsa. Macchie cadaveriche al dorso ed alle natiche, ed alla regione ipogastrica.

Nulla di particolare all'esame del capo ed a quello degli organi interni del torace.

Addome. — Uniformemente disteso ed assai resistente. Ferita esterna addominale riunita ancora dai punti metallici e di seta. Nella parte inferiore di essa si vede ancora applicato il serranodi di Cintrat che stringe nella propria ansa il moncone uterino, coriaceo di color nero, della grossezza di una noce, attraversato dall'ago di Beau. La ferita è perfettamente detersa, meno in vicinanza del peduncolo e del punto di cucitura più basso, ove riscontrasi una piccola quantità di liquame purulento, scuro. Fatta una incisione della parte addominale in tutto il suo spessore partendo dalla scifoide e rasentando il bordo costale da un lato e dall'altro fino a raggiungere la linea ascellare media, e calata da questo punto un'altra incisione pure bilaterale fino alla cresta

iliaca anteriore superiore, si arrovesciò tutta la parete per esaminare la sua parte interna ed il contenuto della cavità addominale. Ciò facendo si diede uscita ad una modica quantità di liquido siero purulento. Il peritoneo della faccia interna della parete addominale appare iperemico, inspessito ed ossacato. Briglie numerose, di recente essudate, facilmente lacerantisi nell' allontanamento della parete dall' intestino, si presentano tra questo e la regione della ferita ove corrispondevano le anse di sutura metallica. Sui bordi della ferita alcune placche, ed una più larga delle altre nel quadrante inferiore destro, di essudato solido purulento; esaminando la parte inferiore della ferita si scorge protundere nella cavità addominale l'ansa del serranodi che nel mentre aveva ridotto al volume di una penna d'oca il colletto del moncone, ne aveva totalmente reciso il peritoneo ed intaccate le fibre muscolari, non essendo avvenuto coalito del moncone all' angolo inferiore della ferita. Levati i punti metallici e di seta si vide non esistere aderenza tra i bordi i quali per non offrire nessuna traccia di suppurazione e pel presentarsi di colore bluastro dovevano essere stati in vita lievemente aderenti ed essersi sconnessi in morte pel processo di putrefazione.

Le intestina erano distese, segnatamente il crasso, col peritoneo viscerale iperemico, e coperto da tenue essudato, solo pronunciato laddove le anse intestinali baciavano la ferita, e quella placca più larga d'essudato descritta più sopra nel quadrante inferiore destro della parete. Rimosse le intestina, che non avevano fra loro contratto aderenze, uscì dal cavo peritoneale nuova ma piccola quantità di essudato siero purulento.

Nello spazio di Douglas vedevasi una piccola raccolta siero purulenta. Levato il serranodi, il moncone non mutò posizione rispetto all'angolo inferiore della ferita e ciò per effetto di aderenza che il peritoneo laterale ed anteriore della parte cervicale uterina aveva contratte col peritoneo parietale soprapubico. E per tali aderenze che facilmente furono staccate erasi costituito uno spazio

chiuso, limitato al davanti del pube, all'indietro dalla faccia anteriore del moncone, in basso dal fondo della vescica, in alto ed ai lati dalle dette aderenze; spazio che era riempito da pus giallo denso.

Considerando il moncone nella sua faccia posteriore si scorge il peritoneo che staccatosi in corrispondenza del punto di stringimento dell'ansa, era caduto in pieghe verso lo spazio di Douglas, lasciando allo scoperto per 5 cent. lo strato muscolare uterino, anch'esso smagrato, friabile e nericcio.

La vescica integra, contratta, vuota. Gli altri organi del cavo addominale affatto normali.

Bacino. — Lo stretto superiore mostrasi più ampio a sinistra che a destra, come del resto appare chiaramente dalla differenza nelle misure dei diametri obliqui.

Coniugata interna	65 mm.	Obliq. destro	85 mm.
Trasverso . . .	100 mm.	id. sinistro	95 mm.
Altezza della sinfisi pubica	30 mm.		
Biischiatico	75 mm.		

Epicrisi. — Il decorso clinico del puerperio ed il risultato della necroscopia chiaramente dimostrano risiedere nell'insorta peritonite la causa della morte della donna.

La pressione esercitata dal pesante serranodi di Cintrat sull'ansa circondante il moncone, che anche nei minimi movimenti della coscia della donna doveva tendere ad approfondarsi, non solo impedì il coalito del peduncolo coi lembi della ferita, ma suscitò il processo peritonitico. E difatti è dal moncone verso la regione iliaca destra, che fin dalla prima medicatura si riscontra una striscia rossa cutanea e l'addome farsi teso e dolente. Il modo poi con cui la donna ci fu rapita quasi improvvisamente nel mentre ad onta del grave processo che aveva in corso, dava, come risulta dalle note cliniche, segni di uno stato relativamente soddisfacente, è da ritenersi, a mio avviso, dovuto ad autointossicazione acutissima per assorbimento del liquame purulento sta-

gnante nel cavo peritoneale, infezione settica che, come dice bene il Bottini, uccise tante operate di laparatomia, anche quando davano di sè le migliori speranze. Il fatto poi dell'approfondamento dell' ansa del serranodi mi fa ognor più persuaso dell' utilità di fissare coll'ago il moncone ai labbri della ferita e di lasciare solo in sito l'ansa attorcigliata del Cintrat o la catena dell'*écraseur* o quanto meno, come preferisce il Koeberle, un serranodi di piccolo volume e di tenue peso. Io ne ho ora fatto costrurre uno della lunghezza di 9 cent. e del peso di 22 gr. sul modello di Koeberle e che può anche adoperarsi, volendo, come attorcigliatore. Ma non voglio terminare queste poche parole, senza accennare all' idea che erami venuto poco dopo la morte dell' operata e che comunicai fin d'allora all'egregio dott. Paolo Coggi (1), quella cioè dell' inversione manuale dell'utero per avere così un peduncolo vaginale, invece d'averlo alla parte inferiore della ferita addominale od approfondato nell' addome. Vedo però dalla bella Conferenza tenuta dal dott. Mangiagalli nell' Ospedale di Milano, che il dott. Chiarleoni mi ha prevenuto e che egli adoperò tale metodo in un caso di distocia per carcinoma cervicale uterino dopo d' aver praticata la embriotomia. Sono però perfettamente dell' avviso del dott. Mangiagalli che tale pratica non è accettabile a parete addominale integra, specialmente pel pericolo che anse intestinali si insinuino nell' utero arrovesciato. Ma dopo la incisione dell'addome e dell'utero l'arrovesciamento potrebbe praticarsi, quando non l' impedisse la presenza di voluminoso tumore uterino, ovvero una stenosi vaginale incorreggibile, ed un restringimento, così pronunciato dello stretto inferiore che non desse modo di portare con una certa facilità e prestezza l' ansa costrittrice ad abbracciare in alto l' utero arrovesciato. Dell' inversione artificiale dell' utero gravido due prove eseguii sul cadavere di donne, nelle quali praticai il 23 luglio 1879 ed il 14

(1) Idea ventilata e respinta dal Porro, Giordano, Chiesa, ecc.
(*La Direzione*).

settembre 1879 il parto forzato nello stato d'agonia, salvando nel primo caso il feto che era settimestre, estraendolo morto nel secondo in cui era di sei mesi. Ma nella donna viva, a meno che l'utero non sia caduto in inerzia, la manualità dell'arrovesciamento uterino deve tornare tutt'altro che facile, ne è pratica in cui si possono fare molti tentativi, stante la imponente emorragia uterina che urge frenare. È poi certamente necessario l'uso d'un serranodi particolare, abbastanza lungo, piegato ad angolo ottuso alla estremità da cui si svolge l'ansa, affinchè questa possa scorrere facilmente senza pericolo di rottura del filo e perchè possa adattarsi in senso trasversale all'uscire del cono uterino arrovesciato. Tale modificazione del processo operativo avrebbe però, secondo me, il vantaggio di un più facile coalito dell'apertura risultante, poichè in quel punto sono messe a raffronto e mantenute adese dalla costrizione dell'ansa, due superfici di sierose e quello altresì di semplificare la ferita esterna di cui si rende più facile la cicatrizzazione per prima intenzione; si avrebbero insomma i vantaggi del moncone abbandonato nell'addome senza averne gli inconvenienti. Quella dell'arrovesciamento dell'utero prima di procedere alla sua amputazione, sarà pratica non sempre adoperabile, ma in determinati casi potrebbe tentarsi e forse con profitto.

A complemento poi di questa operazione aggiungerò che il dott. Paolo Coggi aveva proposto nel Consulto di non applicare il drain vaginale attraverso allo spazio di Douglas, che nell'unico caso in cui un notevole versamento fosse avvenuto nel peritoneo, il che non essendo occorso, il drenaggio non fu adoperato. Quanto poi all'applicazione dell'ago di Beau, si aveva intenzione di passarlo al disotto dell'ansa trafiggendo nello stesso tempo i lembi della ferita addominale, ma fu solo per non allontanarsi in una prima prova dal metodo fino allora seguito, che si preferì attenersi al consiglio di Koeberlè che nell'ovariotomia fissa il peduncolo passando l'ago al disopra dell'ansa, non comprendendo le pareti addominali.

Gli insegnamenti infine che possiamo trarre dal caso nostro, oltre a quelli di cui ho già detto e che riguardano l'uso dell'ago di Beau e la forma dei serranodi, sono i seguenti:

1.° Non conviene stringere soverchiamente il peduncolo coll'ansa, ma serrando unicamente quanto basta per ottenere l'emostasi, perchè altrimenti si finisce per incidere peritoneo e fibre muscolari uterine, sicchè quello staccandosi, rende più difficile la adesione cicatriziale tra il moncone ed i margini della ferita.

2.° Non bisogna affrettarsi a far staccare il peduncolo con ripetute costrizioni dell'ansa, poichè ne è così reso meno facile il coalito ed è invece agevolata la letale contingenza del suo approfondamento nell'addome.

3.° La peritonite insorta nel caso nostro e la successiva intossicazione settica ad onta del metodo Listeriano scrupolosamente adoperato, dimostra come convenga sempre premunirsi ponendo un tubo da drenaggio a pescare nel fondo di Douglas, anche senza fargli attraversare la vagina, perchè con esso sia possibile praticare generose lavature detersive della cavità in cui ristagna il liquame purulento. Il fatto poi di quello spazio chiuso ripieno di pus che si trovò nella necroscopia essersi formato tra le aderenze contratte dal moncone col peritoneo soprapubico ed il fondo della vescica, ci ammaestra quanto possa tornar utile il porre nella medicatura un tubo a drenaggio tra il moncone e l'angolo inferiore della ferita, come già aveva segnalato il prof. Chiara nel secondo de' suoi casi d'ovaroisterotomia.

DUE CASI DI ECLAMPSIA CON ESITO INFAUSTO

NOTA CLINICA

DEL

Dottor G. INVERARDI

2° Assistente dell'Istituto Ostetrico di Torino

DIRETTO DAL

Prof. Cav. D. TIBONE

(*Continuazione alla pag. 242 fasc. 4.° — 1880*).

Appena terminato il parto la coscienza ritorna completamente, ma il ventre è sensibilissimo alla pressione e teso, la lingua secca, la sete intensa e molesta. In questo momento la T. è di 38,2°, il P. a 120. R. 29. Il diario clinico riporta quanto segue:

21 dicembre ore 5 ant. T. 38.2, P. 110, R. 29.
» » 8 30 » T. 38.4.

Ricomparsa pienamente l'intelligenza. Continua lo stato soporoso. Compare cefalea frontale, morsi uterini, pelle secca, ventre teso, dolente la regione sopra-ombellicale. L'utero si eleva d'alquanto al disopra del bellico. Si pratica il cateterismo che dà poche goccie di urina ed abbondantemente albuminosa. Pozione con acetato potassico.

Ore 12 merid. T. 39. P. 116.
» 3.30 pom. T. 39.5. P. 116.

Continuano i morsi uterini. Lochi sanguigni. Ventre sempre teso, meteorizzato, resistente e dolente alla pressione. Si fa diagnosi di peritonite diffusa. Olio di terebentina sul ventre, cartine di calomelano e iniezioni ipodermiche di morfina. Applicazioni fredde sul petto.

22 dicembre ore 7 30 ant. T. 40.5. P. 137. R. 24.

Polso piccolo, respiro a tipo addominale, ventre arcuato, teso, dolente alla pressione, lochi grigiastri e fetenti. Stato soporoso. Estratto di china molle, alcoolato di canella, acqua di fiori d'arancio. Iniezioni sottocutanee di tintura di muschio. Fascia idropatica, marsala, irrigazione fenicata endouterina che si fa subito.

Verso le 11 ant. dello stesso giorno, 2° del puerperio, il colasso si aggrava e la donna muore alle 4. 5 pom.

L'*autopsia* praticata dal prof. Colomiatti 24 ore dopo la morte diede il seguente reperto:

Cavità craniana. — Fra la dura madre e la volta craniana sonvi fortissime aderenze. Fra la dura madre e l'aracnoide esiste discreta quantità di liquido limpido. Manca l'edema negli spazi sottoaracnoidei. Pochissimo iniettati i vasi meningei tanto del cervello che del cervelletto. Tanto l'uno che l'altro sono di consistenza assai diminuita, assai pallidi e lucenti. All'esame microscopico del midollo allungato si trova nulla di notevole.

Nella *bocca* e *retrobocca* nulla pare che sia degno di nota.

Sulle pareti del *faringe* si trovano macchie cadaveriche abbastanza pronunziate. Edema della piega ari-epiglottica sinistra. Del resto nulla di notevole nella *laringe* e primo tratto della *trachea.*

Cavità toracica. — *Area cardiaca* molto scoperta perchè i polmoni sono affatto privi di aderenze. Nella cavità del pericardio discreta quantità di liquido rossigno da putrefazione. Attorno alle diramazioni delle vene coronarie esiste una colorazione ca-

daverica diffusa. Il cuore ha un volume uniformemente aumentato. Sotto il pericardio viscerale esiste una discreta quantità di adipe. Le pareti del cuore sono relativamente robuste, il miocardio è pallido. Esistono macchie da putrefazione specialmente sulle valvole.

Polmone sinistro libero da aderenze, congestione ipostatica cadaverica. *Polmone destro* presenta lo stesso reperto che il sinistro, più si nota edema nelle parti declivi.

Cavità addominale. — Discreta raccolta di liquido torbido e sanguinolento. Sintomi di *periepatite* antica con fitte aderenze. Cistifellea distesa da bile di colore oscuro. Fegato di volume normale ma grasso. *Milza* con segni di perisplenite antica, piccola, dura, ricca di stroma. Il *rene sinistro* ha la capsula poco aderente. Vi sono segni di rene infantile, manifesti segni di nefrite parenchimatosa, consistenza diminuita. *Rene destro* idem. *Ventricolo* con mucosa tumefatta e rammollata. Nell'ultima porzione dell'intestino *tenue* e nella prima dell'*ileo* si riscontrano ulceri rimarginate con pigmentazione delle medesime.

L'*utero* arriva col suo fondo fino alla 3ª vertebra lombare, ampiamente lacerato il collo dell' utero da ambo i lati. La superficie interna dell'utero è rammollata e spalmata da un liquame color feccia di vino. Edema nei parametrii. *Vescica* nulla di notevole.

Ecco la narrazione fedele delle osservazioni cliniche; ora alcune considerazioni.

Passo sotto silenzio la mancanza assoluta di fenomeni simpatici per la gravidanza nella donna della prima osservazione, poichè potevano arrecare una incertezza nella diagnosi durante i primi mesi, quantunque si sappia che questi casi sono abbastanza frequenti. Riguardo a ciò il prof. Tibone avrebbe osservato la mancanza dei fenomeni simpatici specialmente in quelle donne che esenti da ogni lesione degli organi genitali godono di una regolarissima mestruazione, e questa si compie senza il menomo incomodo. L'esclusione da parte del medico della esistenza della

gravidanza fece sì che fu del tutto trascurata l'igiene durante il suo decorso. Inoltre il medico non si premunì neanco contro le eventuali complicazioni della gravidanza e del parto che potevano insorgere.

Ma se il dubbio poteva sussistere nei primi tempi della gravidanza, dubbio che per l'ostetrico che fu consultato non esistette, questo doveva del tutto cedere dinnanzi ai sintomi certi che di essa si avevano qualche tempo dopo, quali sono i moti attivi del feto e i suoi battiti cardiaci. Questi non furono forse nemmanco cercati, o se cercati non sentiti, poichè il medico non erasi in modo speciale dedicato all'esercizio ostetrico, inoltre si sa che partendo da un'idea preconcetta è facile dare ai fatti quella interpretazione che più si accorda con l'idea che si era fatta del caso in esame. L'averle adunque permesso di stringere siffattamente il busto e l'averle dato il consiglio di camminare sui ciottoli più grossi onde colle forti scosse del suo corpo provocare l'espulsione di quel qualsiasi contenuto dell'utero furono altri errori che ebbero la loro fatale conseguenza.

Ma ciò che colpisce assai più è l'avere disconosciuto la complicanza della grave nefrite di cui esistevano abbondanti e patenti i sintomi. I dolori renali abbastanza forti, le urine scarse e torbide dapprima, indi scarsissime e sanguinolenti, e che dovevano di certo essere albuminose, gli edemi alle estremità inferiori e alla faccia erano più che sufficienti per stabilire senza esitazione il diagnostico di nefrite, a cui è debito del medico di provvedere

Non voglio entrare nella questione tanto dibattuta e non ancora risolta, se cioè la cosidetta albuminuria del Bright sia uno stesso processo morboso e che le alterazioni diverse che si trovano nei reni appartengano a fasi successive di una stessa forma morbosa, o se invece siano stati anatomici distinti corrispondenti a forme cliniche bene caratterizzate.

Tanto l'anatomia patologica macroscopica e microscopica, che

la Clinica tenderebbero a provare la verità dell'ultimo asserto. Imperocchè in Inghilterra e nel continente fu scossa profondamente la teoria del Bright, che cioè la malattia incominci con una infiammazione acuta dei reni, che passando poi allo stato cronico presenterebbe un secondo periodo in cui le alterazioni risiedono specialmente nell' epitelio dei canalicoli contorti e della branca ascendente dell'ansa di Henle, ed un terzo periodo caratterizzato da proliferazione del connettivo che forma lo stroma del rene con consecutivo raggrinzamento.

Specialmente per opera di Jonhson e Dickinson in Inghilterra, di Traube e Bartels in Germania e di Charcot in Francia tende a prevalere l'idea che questi non siano stadi differenti in cui successivamente passi la stessa malattia, ma piuttosto che siano vere e distinte entità morbose contrassegnate da lesioni anatomiche ben distinte in singole parti del rene e che mai l'una possa passare nell'altra, ma qualche volta complicarsi a vicenda.

Questi autori affermano che la nefrite acuta prodotta da repentino raffreddamento del corpo estuante guarisce nella immensa maggioranza dei casi, e che il cosidetto secondo periodo della malattia del Bright non sia che la conseguenza di un'alterazione nell'epitelio dei canalicoli contorti e della branca ascendente dell'Henle, consistente in un intorbidamento e in una degenerazione adiposa dei cosidetti *epitelii a bastoncini* proprii di queste porzioni dei tubi uriniferi. Mentre il connettivo che costituisce la trama renale è del tutto o quasi immune da alterazione di sorta.

Macroscopicamente il rene si presenta ingrossato, la sostanza corticale è rigonfia e di un color bianco più o meno marcato che contrasta col colore rosso della sostanza midollare e che ha fatto dare a questo rene il nome di *grosso rene bianco.*

Clinicamente poi questa forma morbosa sarebbe caratterizzata da urine scarsissime e concentrate (500 a 600 grm. nelle 24 ore) albuminose grandemente (15-20 grm. di albumina al giorno) e

povere di urea. Edemi abbondantissimi, versamenti nelle cavità sierose del corpo, risipole e flemmoni maligni frequentissimi specialmente quando per diminuire gli edemi si praticano punture sulla cute degli infermi, che presto si fanno anemici, cachettici, dispeptici, facilmente soggetti alle infiammazioni dei grandi visceri dell'economia, le quali d'ordinario costituiscono gli esiti della malattia. Essa termina di norma a 3 o 6 mesi, di rado ad un anno dal suo esordio che raramente è febbrile. In questa forma, che è quella che passa sotto il nome di *nefrite parenchimatosa* o *grosso rene bianco* sono eccezionali i fenomeni uremici.

Ed è perciò del tutto separata dall'altro sia anatomicamente che istologicamente e clinicamente, e che va sotto il nome di *nefrite interstiziale* o *rene contratto.*

Questa forma macroscopicamente si distingue dalla precedente in ciò che il rene è ridotto d'assai nel volume da sembrare quello di un fanciullo, e di un color rosso intenso; e sulla superficie esterna si trovano piccole granulazioni gialle o grigie che non sono altro che piccole cisti, la cui natura non è ancora ben definita. La sostanza corticale è ridotta ai suoi minimi termini a tal che spesso la sostanza midollare pare a contatto diretto colla capsula inspessita e siffattamente adesa al tessuto sottostante che nel distaccarnela, pezzi di sostanza renale vengono asportati con essa.

La superficie del taglio ha una colorazione rossa più o meno intensa.

Microscopicamente essa è caratterizzata dalla degenerazione granulograssa dell'epitelio dei canali collettori riempiti da cilindri ialini o cerei. Ma ciò che forma la lesione caratteristica è un numero considerevole di elementi di nuova formazione nel connettivo dei singoli lobuli del rene, una vera iperplasia connettivale, che termina con un processo analogo a quello della cirrosi. La differenza risiede anche nei sintomi.

Le urine sono in quantità normale o anche superiore alla nor-

male, il loro peso specifico diminuito in ragione del loro aumento. L'albumina o scarsissima o affatto momentanea (1 a 3 gr. nelle 24 ore). Come fatto concomitante e consegnente alla lesione in discorso si nota l'ipertrofia del ventricolo sinistro. L'idropisia è rarissima, e quando esiste è quasi insignificante. Frequentissimi gli accessi uremici come dispepsia, vomiti, amaurosi, cefalalgia, tremiti muscolari, convulsioni epilettiformi. Complicano poi generalmente la nefrite interstiziale, l'infiammazione interstiziale di altri organi, ed emorragie varie che chiudono soventi la scena. Il decorso della malattia abbraccia d'ordinario alcuni anni.

Non parlo nè della nefrite gottosa, nè della scarlattinosa, nè tanto meno del rene amiloide, poichè del tutto estranei al soggetto che ho per mano.

Da quanto ho brevemente esposto è facile dedurre che la forma di nefrite con cui avevasi a trattare nelle due donne, che sono l'oggetto di questo istorie, era la nefrite *parenchimatosa.* I sintomi ed il decorso in tutte e due ed il reperto cadaverico nella seconda lo provarono chiaramente.

E tanto nell'un caso che nell'altro non mancarono i sintomi prodromici dell'accesso eclamptico, che anzi esistevano in tutta la loro chiarezza. Nell'uno la cefalalgia, i disturbi nella vista, gli edemi, i caratteri fisici e chimici dell'urina sono di un'eloquenza tutta particolare in queste circostanze.

Nell'altro caso pure cefalalgia gravativa, vertigine, gastralgia, vomiti, rumori nelle orecchie e per ultimo uno stato di sopore che durava qualche minuto, erano i fenomeni precursori dell'accesso eclampsico; ma in questo caso non fu consultata persona veruna dell'arte se non quando l'eclampsia si era del tutto dichiarata.

Le convulsioni, come tutti i fenomeni uremici, sono rarissimi nella nefrite parenchimatosa, ma anche di ciò troveremo la spiegazione nello stato particolare in cui si trovano le donne che sono gravide.

Io non intendo esporre qui in disteso la dottrina dell'eclampsia, non è questo il luogo. Mi limiterò solo ad accennare le teorie che tengono oggigiorno il campo della patologia.

Il Frerichs osservando la frequenza grande con cui coincide l'eclampsia coll'albuminuria e da questa ne è quella preceduta, ammette che l'accesso eclampsico altro non sia che un sintomo dell' uremia, un vero accesso uremico prodotto dalla ritenzione nel sangue dei principii costituenti l'urina. Ma siccome non gli venne fatto di riscontrare l'urea nel sangue ammise che essa venisse trasformata in carbonato d'ammoniaca e che sotto tal forma lo avvelenasse. Frerichs ammette la nefrite come malattia primitiva, mentre Halbertsma, modificando alquanto la teoria del primo, ritiene che la compressione dell' utero gravido sugli ureteri e sul rene produrrebbe una iperemia renale e la ritenzione nel sangue dei principii costituenti l'urina.

Queste due teorie presuppongono però una lesione più o meno profonda del rene, che alcune volte in donne morte di eclampsia non è possibile di rintracciare. Esse adunque non si adattano ad una spiegazione universale dei fatti. Ed appunto per i casi in cui non è possibile trovare nello stato del rene la spiegazione e la causa degli accessi eclamptici viene in acconcio la teoria che Traube ha messo fuori per gli accessi uremici. Questo scrupoloso osservatore non ritiene che la causa degli accessi risieda nella presenza nel sangue delle sostanze escrementizie dell'urina, ma nell'idremia prodotta da un' insufficienza renale. L'idremia favorirebbe l'edema cerebrale e questo a sua volta produrrebbe per compressione uno stato anemico nel cervello. Ora se l'anemia cerebrale affetta le parti centrali, ingenera gli accessi convulsivi, il coma invece, se interessa le parti periferiche.

Rosenstein applicando queste idee allo stato di gravidanza fece rilevare che anche all'infuori di una complicazione renale, le gravide possono facilmente trovarsi in queste condizioni, poichè oltre che l'idremia è un fatto fisiologico nella gravidanza, può venire

aumentata da una compressione sul rene operata dall'utero gravido, per modo che l'insufficienza renale che ne consegue manifestandosi con una scarsità di urine, trattiene nel sangue una certà quantità di acqua. Ed in questo caso l'idremia, l'edema cerebrale, l'anemia cerebrale e le convulsioni eclampsiche possono prodursi e spiegarsi anche senza che al tavolo necroscopico sia possibile trovare una corrispondente lesione renale.

Egli è naturale che tutti questi fatti possono poi insieme ad una malattia renale trovarsi riuniti nello stesso soggetto, ed allora vengono in scena tutte le condizioni necessarie pel manifestarsi dell'eclampsia tanto più facilmente quando per le contrazioni uterine la pressione endo-vasale ed endo-addominale sono ancora aumentate.

Non parlo della eclampsia riflessa, quella cioè che non sostenuta da un'intossicazione del sangue, nè prodotta da origine meccanica, ripete la sua causa da un'azione riflessa dell'utero sull'encefalo perchè affatto estranea ai nostri casi, nei quali tanto la teoria di Frerichs ed Halbertsma, quanto quella di Traube e Rosenstein potrebbero calzare. Giacchè dall'una parte la complicazione renale non si può negare nella signora X e nella Mensa fu constatata al tavolo necroscopico, dall'altra lo stringersi il busto in quella in modo da spingere al disotto del bellico il fondo dell'utero giunto alla fine dell'8º mese di gravidanza e da produrre una pressione endo-addominale grandissima ed una compressione ed imperfetta circolazione renale; la vita sedentaria e la primiparità in questa dànno spiegazione dei fatti osservati durante la vita.

Con una cura profilattica ben diretta è ragionevole il pensare che si sarebbe potuto evitare tutto ciò? Credo di sì. Io stesso nella Clinica diretta dal prof. Tibone ho potuto farmi la convinzione, che una profilassi razionale può prevenire la eclampsia quando si giunga in tempo. È perciò che di tutte indistintamente le incinte che vengono accettate nella Clinica Ostetrica Torinese

si esaminano le urine onde non avvenga il caso che, potendo, non si sia pensato a prevenire ed evitare questa grave complicazione della gravidanza, del parto e del puerperio. I diuretici, fra i quali efficacissimo il latte alla dose di 1 litro e mezzo a 2 litri al giorno, preso a sorsi per facilitarne la digestione, quando le urine sono scarse, un purgante drastico — tintura di gialappa composta e sciroppo di ranno catartico, 15 a 30 grm. per sorta — che produce abbondanti scariche alvine sierose, e nei casi più gravi i diaforetici, più comodo e più efficace fra tutti il cloridrato di pilocarpina per iniezioni sottocutanee — 2 centigrm. per cannula, 2, 4 inziezioni in 12 ore — costituiscono una profilassi razionale ed efficace.

La Mensa non instituì alcuna cura preventiva perchè non assistita dal sanitario che ad eclampsia dichiarata. Ma nella X io sono certo che, quando si osservarono le urine scarse, sanguinolenti ed albuminose, si fosse intrapresa una simile terapia, si fosse vietato lo stringersi così fortemente col busto, anzi se ne fosse proibito affatto l'uso, si fossero consigliate passeggiate all'aria aperta frequenti e moderate ed una confacente alimentazione, si fossero praticati frequenti esami delle urine e sui caratteri di queste si fosse basata una cura adatta, tutto quanto si è osservato in seguito si sarebbe potuto evitare od almeno diminuire assai. Ma progrediamo nello studio di questi fatti che ci sono larghi di ammaestramenti.

Taccio della metrorrogia accidentale lieve che si ebbe nella X che venne trascurata; taccio perchè dapprima uno sgorgo di sangue poteva avere un'utile conseguenza diminuendo la pressione arteriosa, in secondo luogo perchè le contrazioni convulsive dell'utero producendo la rottura delle membrane per tempo, fecero quanto non seppe fare l'arte. Ed in simil caso la rottura delle membrane soddisfecero a due indicazioni ponendo un freno all'emorragia e diminuendo la pressione endo-addominale.

Gli è naturale che date le cause si devano avere le conse-

guenze. Il primo accesso scoppia e violento. In questo punto le due osservazioni divergono alquanto ed incomincerò quindi ad esaminare la 1.ª Dopo il primo accesso la intelligenza ritorna per brevissimo tempo, poi compare il secondo e dopo questo l'intelligenza non ritorna più, ma sottentra un terzo accesso e così di seguito dalle 2 alle 7 pom., in cui giunsi presso la partoriente. Ad onta dell'opinione dello Schroeder che dice « ordinariamente non vi ha nessun bisogno nell'interesse della madre di un intervento ostetrico particolare, ed anche un intervento attivo è controindicato per lo stato della madre, poichè ogni irritazione dell'utero, come l'introduzione della mano per fare il rivolgimento, l'applicazione del forcipe o anche delle semplici frizioni sul fondo dell'utero possono per azione riflessa richiamare gli accessi (1) » io sono d'avviso colla grande maggioranza degli ostetrici di svuotare l'utero appena lo si possa fare senza gravi traumatismi sul corpo della madre, non solo nell'interesse del feto, ma anche in quello della madre stessa. Nè mi persuade quanto scrisse in questi ultimi giorni il Fordyce Barker nella sua memoria *sulla provocazione del parto prematuro nella albuminuria della gravidanza*, poichè se gli accessi convulsivi scoppiano più frequentemente nel soprapparto, non è questa una ragione sufficiente perchè non si debba fare di tutto per svuotare l'utero allorquando l'eclampsia è già scoppiata. Le statistiche insegnano che in un terzo dei casi all'incirca l'eclampsia termina collo svuotamento dell'utero, in un altro terzo gli accessi sono modificati in meglio, e solo in un terzo l'eclampsia continua immutata, e questi ultimi casi presentano una gravezza grandissima.

È in omaggio a questa considerazione che io non esitai punto ad esplorare la donna nell'intendimento di liberarla appena l'avessi potuto fare. E nel fatto avendo trovato la testa nello scavo e fuori della bocca uterina non indugiai ad applicare il forcipe

(1) Schroeder — *Manuel d'Accouchements*, § 762.

che in queste condizioni non presenta gravezza alcuna. E se l'apertura del collo dell'utero non mi avesse permesso nè il rivolgimento nè l'applicazione del forcipe, avrei cercato di favorirla con l'introduzione dei sacchetti del Barnes. Nè in questo caso la metrorragia a membrane rotte mi avrebbe trattenuto dall'usare i dilatatori, poichè in prima l'emorragia era lievissima, in secondo luogo assistendo per bene la partoriente e colla mano sull'utero mi sarei accorto di una eventuale emorragia interna.

La cura che istituii dopo fu tutta diretta a diminuire la quantità del siero nel sangue per mezzo di forti dosi di pilocarpina e a rilasciare completamente i muscoli volontari tutti del corpo per mezzo del cloroformio e del cloralio. Non credetti utile un salasso poichè la donna aveva già perduto durante il parto 600 o 700 grammi di sangue. Devo notare che, subito dopo le prime dosi di pilocarpina, di cloralio e di cloroformio, gli accessi scomparvero e lo stato di coma si prolungò sino alle 2 pomeridiane da cui per quel dì non si svegliò che incompletamente.

Però da questo momento il miglioramento continuò visibile, le urine non contenevano più che tracce di albumina, nessuna traccia di sangue, erano abbondanti e limpide, ma il polso si manteneva sempre frequentissimo avuto riguardo alla temperatura e al respiro normali. Onde non mi apersi mai alla speranza di veder risolta la nefrite e di non assistere ad alcun accesso uremico, che temevo ricomparisse ad ogni istante.

Infatti le urine ricompaiono albuminose e si fanno scarse, si osserva qualche vaniloquio, stato soporoso, i lochi ritornano sanguigni e si fanno indi a poco leggermente fetenti, la temperatura si eleva di qualche decimo di grado e sale fino a raggiungere il massimo di 39 centigradi, il polso sale pure ma non di pari passo e da 120 va a 136, mentre la respirazione diminuisce e a stento si raggiungono le 12 rivoluzioni respiratorie al minuto primo, il coma è profondo. La pelle coperta di un sudore profuso nei giorni antecedenti, si fa secca. Era naturale fare diagnosi di febbre set-

tica leggiera ed uremia, contro la quale alcuni giorni prima, cioè al mattino del 7° giorno di puerperio feci somministrare un diuretico, un purgante drastico ed oppio ad alta dose, rimedii tutti che ebbero un risultato buono ma fugace.

L'accesso uremico fu esclusivamente comatoso e non grave, ma accoppiato alla leggera febbre settica si trasformò in breve in collasso, contro il quale non valse la cura eccitante più energica, e che spezzò facilmente una esistenza già tanto logora.

A noi non è lecito sapere con certezza ciò che sarebbe avvenuto se si fosse fatto quanto la medicina moderna consiglia di fare in simili circostanze, ma ci è lecito farci questa domanda: tutti questi fatti sarebbero avvenuti in proporzioni così gravi se non si fosse disconosciuta la gravidanza e la nefrite e se si fosse istituita una buona ed energica profilassi durante la gravidanza ed il parto?

Ed ora ripigliamo l'osservazione 2ª al punto ove l'avevamo lasciata. Dopo i primi accessi questa donna viene subito condotta in Clinica. Qui il prof. Tibone avendo esclusa la origine riflessa dell'eclampsia non esitò a provocare il parto prematuro. Infatti appena essa fu sottoposta ad una cura adatta, non si osservò che un solo e leggerissimo accesso, e, appena si fu sgravata, l'intelligenza ricomparve completa, fatti che stanno a comprovare e la efficacia dei rimedi usati e il benefico influsso dello svuotamento dell'utero sull'andamento dell'eclampsia.

La causa diretta della morte fu al certo un processo di auto-infezione violenta, la quale devesi ripetere dal fetore del liquido ammiotico e dei coaguli già da tempo esistenti tra la placenta e l'utero passati a putrefazione. E che si tratti di un'auto-infezione lo provano i dolori vivi da parte del ventre prima della sua venuta in Clinica e il dolore particolare risvegliato nell'utero già nelle sue prime contrazioni.

Che la peritonite sia stata infettiva lo dimostrano non solo i dolori preesistenti ad ogni lavorio del parto e all'entrata sua in

Clinica, ma anche lo stato della interna superficie dell'utero e l'avanzata putrefazione del cadavere dopo un tempo breve, avuto riguardo al rigore particolare della stagione in cui avvenne la morte.

Fu invero doloroso vedere questa poveretta soccombere d'una infezione puerperale, quando già era tanto felicemente scampata dall'eclampsia.

Marzo, 1880.

CEFALOTRIBO O CRANIOCLASTA?

CENNI STORICO-CRITICI

SULLA TERAPIA OSTETRICA NEL VIZIO PELVICO

del Dott. **LIBERO BERGESIO**

Medico 1° Assistente nell'Istituto Ostetrico di Torino.

(Continuazione alla pag. 232, fasc. 4.° — 1880).

È ampiamente dimostrato oggi che campo suo speciale e riservato è il bacino asimmetrico. Le paure che molti ostetrici hanno dell'attrito d'uno strumento come il cefalotribo sulle parti molli materne, attrito che non si può risparmiare qualunque sia il cefalotribo impiegato e furono matematicamente valutati dal Fabbri figlio, debbono spingere ad adottare un mezzo che per l'ordinario non crea pericoli nè danni molto maggiori di quelli d'un parto laborioso spontaneo. È inutile ch'io mi diffonda a numerare i pregi tutti che fanno preferire il cranioclasta; meriti già splendidamente dimostrati dal Cuzzi; dirò solo che, di piccola mole, agente per gran parte nel campo chiuso dello speco cranico, senza punte nè cucchiaja comprimenti, di solida presa, per cui se ben applicato non lascia sfuggire le parti; scarso di compressioni, di attriti sulle parti che lo attorniano sia per lui stesso come pel feto che trae, è istrumento degno di essere studiato nelle varie parti del suo funzionare e perciò da raccomandarsi caldamente agli studiosi di cose ostetriche. Che clinicamente agisca e per bene e con pieno successo, od inclinando semplicemente la base o rompendola, od usandolo come vuole il Braun o come l'impiegavano il Tibone ed

il Cuzzi comprovano le seguenti osservazioni cliniche che in succinto io qui sotto riporto.

Osservazione I. — Fondo Virginia, primipara entrò in clinica li 10 luglio 1877 ed è da 60 ore in soppraparto. Utero retratto. Stato generale grave. La temp. è di 39 $^1/_8$. Polso 110. Fu salassata nel soprapparto e le parti genitali esterne si presentano tumide ed urenti per tentativi di forcipe reiterati e craniotomia praticata a domicilio. La facies rachitica è distinta. Epifisi delle ossa lunghe ingrossate, femori rivolti allo esterno verso la metà. Notevole insellatura lombare. Circonferenza pelvica 66 centimetri. Bacino piatto rachitico. C-V, valutata a 7 cent. Vertice fetale mobile allo stretto superiore. Si porta la branca piena del cranioclasta passando pel foro praticato nella volta fuori della clinica. La branca fenestrata in corrispondenza del parietale posteriore che è l' afferrato. Lo strumento cade in relazione del diametro retto ma un po' verso la microcorda sinistra. Non ottenendosi l'estrazione col trarre in basso si fa agire il cranioclasta come leva di 3° genere e s' estrae un feto lungo 50, col peso di 2940 gr. senza cervello. All'autopsia del cranio fetale non s'osservano fratture delle ossa basilari ma solo rotto il parietale afferrato tra le branche che fu il posteriore. L' inclinazione successe dall' avanti all' indietro ponendone la base per isbieco secondo la conjugata Puerperio morboso per endometrite settica da cui era già colpita. prima dell' ingresso in clinica morendone all'8° giorno.

Osservazione II. — Zanzara Margherita, statura 1,35. Primipara è portata in clinica già in soppraparto. Rachitica con bacino piatto ed atrofico con diametro retto interno di 66 Pres. del feto V mobile, precedenza di voluminosa ansa di funicolo ombellicale non pulsante. Battito cardiaco silenzioso. Craniotomia col trapano Gujon a corona maggiore. Tentativi di schiacciare la base col forcipe Gujon che lascia ognora la presa. Si applica il cranioclasta. Branca maschio nel foro. La femmina posteriormente ed a destra. Si fanno trazioni in basso imprimendo leggere rotazioni

al capo da destra verso sinistra. La base scende obliquamente ed in poco tempo si estrae un feto che pesa 2440 grammi senza cervello con parte dei parietali strappati dal cranioclasta. La base del cranio fetale non presenta veruna frattura e mostrasi solo un po' sconnessa nell'assieme. Puerperio normale.

Osservazione III. — Albero Matilde, primipara. Sarta d'anni 23. Alta 1,36. Insellatura lombare distinta. Circonferenza pelvica 60. Bacino piatto rachitico generalmente ristretto. Nessuna traccia di rachitismo alle estremità. Così pure nulla nell' anamnesi si trova. Entra in clinica gravida nel nono mese. Diametro sacro pubico esterno 152. Circonferenza pelvica 80. Conjugata diagonale 74. Inclinazione esagerata dello stretto superiore per cui si sottrae 2 cent. dalla misura e si valuta la coniugata vera in 55 mill. Le si propone il taglio cesario che è assolutamente e reiteratamente rifiutato. Feto sul principio del soprapparto vivo ma che si spegne stante la rottura prematura delle acque e la lentezza del periodo dilatante che dura ore 44. Rigidezza organica con spasmo dell'orificio uterino. Isterotomia con 3 incisioni. Craniotomia colle forbici Rizzoli. Applicazione e tentativi di schiacciamento coi forcipi compressori Gujon-Mathieu e Lollini. Amendue nella trazione lasciarono reiteratamente la presa. Applicazione del cranioclasta Braun. Lo strumento cade sul parietale sinistro ed in parte sulla porzione sinistra dell'occipitale. Legger moto da sinistra verso il sacro posteriormente. La posizione era sinistra trasversale e l' estrazione si fece con sufficiente rapidità. All' autopsia del cranio fetale s'osserva lussata l'articolazione del temporale colla sfenoide e rotta la piccola ala sinistra. Guasti che non avrebbero certamente permesso l'estrazione del feto se non veniva in soccorso l'azione speciale del cranioclasta. Peso del feto 2200 gr. senza cervello. Lunghezza 47 cent. Puerperio normale.

Osservazione IV. — *Anno* 1879. *Sez.* 2.ª *N.º Reg.* 58. — Fata Margherita d'anni 21. Statura 1,37. Primipara. Rachitica e gracile. Facies e cranio rachitico. Ossa articolari normali. Incurvamento leggero

dei femori nonchè della tibia sinistra. Insellatura lombare discreta. Circonf. pelvicà 75. Bacino piatto rachitico con C-D 85 e C-V 70. Periodo di dilatazione di ore 23. La donna è da 3 ore nel periodo espulsivo allorchè ricorre all'arte. Battito cardiaco fetale mancante. La donna da varii giorni non rileva più i moti attivi del feto. Craniotomia col trapano retto maggiore del Gujon. Injezione con forte getto di liquido nel cavo cranico per spappolare il cervello che esce a pezzi col fiotto del liquido ed in abbondanza. Applicazione della tanaglia basiotomica modificata che fa presa ed esporta varii pezzi d'osso giudicati appartenenti alla base, nonchè dell'occhio sinistro; applicazione del cranioclasta Braun secondo il diametro ant. post. del bacino portando sotto il pube la branca fenestrata; estrazione facile del capo ma difficile del tronco.

Foro cranico è caduto tra la fontanella Post e la sutura sagittale verso l'angolo del parietale destro che fu l'afferrato e mostrasi rotto in più siti. La base mostra spezzate le ali sfenoidee di sinistra, corrosa la rupe petrosa del medesimo lato, rotto il cavo orbitario di sinistra che è privo dell'occhio. Lesione tutte fatte dalla *pinza basiotomica*. Il feto pesa 2850 grammi ed è lungo 49 centimetri. *Puerperio normale.*

Osservazione V. — *Anno* 1879. *Sez.* 3.ª — Manna Luigia, contadina di anni 22, nana e gracile, statura 1,32 primipara. Piccola nell'assieme che è alquanto grazioso ed uniforme. Circonferenza pelvica 74. Diametro di Baudeloque 153 Id. spine iliache 210. Id. creste iliache 238. Angolo d'inclinazione del piano dello stretto superiore preso col pelvi-goniometro, 48.°. Conjug. diagon. 88. Id. vera valutata a 73, diametro fetale dell'Ahlfeld. 23. Gravidanza principio 9º mese, entra in soprapparto il 4 dicembre, 2 giorni dopo l'ingresso in clinica; rigidezza spasmodica del collo vinta colle docce calde, coll'applicazione d'un dilatatore Tarnier, sbrigliamento dell'orificio. Periodo di dilatazione di ore 42. Forcipe allo stretto superiore con cui non si riesce ad impegnare il capo. Craniotomia

col trapano curvo Kilian-Braun a feto morto. *Basiotomia colla tanaglia* modificata e cranioclasta. La tanaglia esportò pezzi d'osso, il cranioclasta applicato posteriormente cadde a sinistra, afferrando l'occipite. Estrazione facile. All'autopsia del cranio fetale scoperta la base, s'osservano rotte le piccole ali di cui alcuni pezzi furono esportati dalla pinza. La donna soccombe di peritonite settica essendo allora la sezione in piena e grave epidemia. Il diam. retto interno misura 74 mill.

Osservazione VI. — *Anno* 1880. — Martora Giovanna, cucitrice d'anni 22, statura 1,33, rachitica e gracile, primipara, si consegna il 1.° marzo nella sala dei parti della terza sezione. I tratti del rachitismo al capo sono poca cosa. Alla colonna vertebrale si osserva scoliosi a destra nella regione dorsale compensata da scoliosi sinistra nella regione lombare.

Alla parte superiore l'asimmetria dei due lati del torace è superiormente di 3 cent., inferiormente invece è di 4. Insellatura lombare leggera, circonferenza pelvica di 74 cent. Diametro retto esterno di 144. Spin. iliaco di 244 mill. Id. cresto iliaco di 260 mill. Traccia leggera di rachitismo nel femore sinistro che è un po' incurvato allo esterno. Epifisi normali. Bacino piatto. Rachit. Conj. Diagon. 83. Id. La vera si valuta a 70 cent. Il periodo di dilatazione breve, di ore 9. Mantenendosi ognora elevata la presentazione e mobile senza segno veruno di volersi insinuare e modificare e giudicandosi il feto morto si fa la craniotomia col trapano curvo (1). S'applica quindi il cranioclasta Leiter. La posizione era oc. ill. destra post. La branca piena viene portata posteriormente contro l'occipite ed a destra e con queste spingendo si estende il capo. Applicata quindi la branca femmina sul fronte, a sinistra si fa agire l'apparecchio di compressione. La resistenza è sul principio notevole ma lentamente le cucchiaja si avvicinano; l'estrazione fu facile tirando in basso ed innalzando quindi lo strumento.

---

(1) Si spappola il cervello colla corrente di liquido tiepido.

Puerperio normale. Il feto estratto è lungo 45 centimetri e pesa 2420 grammi senza cervello.

Autopsia della testa fetale, diam. oc. ment. 123. Oc. front. 106. Bip. Anat. 84. Bip. Ost. 80. Bitemp. 66 che comprimendo scende a 60 millim. Bismast. id. 64. Bimalare 60.

Il foro del trapano era sul parietale destro a metà dello spazio compreso tra le due fontanelle. La branca esterna del cranioclasta cadde sul frontale destro e temporale dello stesso lato protendendosi in basso sino al zigoma. La parte destra basilare è schiacciata nel morso dalla pinza. Le piccole e grandi ali dello sfenoide sono rotte e la base tutta si mostra sconnessa.

Il feto piccolo si estrasse facilmente, ma che il medesimo succeda in feti più voluminosi ed in bacini grandemente ristretti lo provano le due esperienze che col professore Tibone si fecero sui bacini in ghisa allorchè si ricevette il cranioclasta nuovo, esperienze che qui riporto.

Esperienza 1.ª — Feto di sesso femmina, pesa 3020 grammi, lungo 51 centimetri. Occip. frontale 120 mill. bip. anat. 94 bip. ost. 91. Bitemporale 80. Bimast. 75. Bimalare 67. Lo si pone in un bacino in ghisa piatto rachitico il di cui diam. Ant. Post. misura 54 mill. Fatta col trapano retto la craniotomia si tentò d'estrarlo afferrando col cranioclasta fabbricato dal Bertinara e portato come raccomanda il Braun. La base non s'inclina e non si riesce d'estrarre il feto. Preso allora ed applicato il cranioclasta Leiter facendo agire lentamente l'apparecchio di compressione, prodotto previamente il modo di deflessione e portata la branca esterna sulla fronte in modo che il becco scendeva alla connessura labiale, si sente distinto uno scricchiolio che avvisa l'operatore della potenza basiotomica del cranioclasta. I manici repentinamente si avvicinano in modo da avere solo più un divaricamento di 12 mill. ed il feto viene con abbastanza facilità estratto. Il primo cranioclasta presentava tale un divaricamento che non potè articolarsi la vite per fare agire la compressione. Tolto lo strumento si os-

serva rotta la rupe petrosa di sinistra al punto d'unione colla base dello sfenoide. Il temporale dallo stesso lato è pure fratturato, e ciò nei punti che furono compressi tra le branche del cranioclasta. Esperimentatore il prof. Tibone.

Esperienza 2.ª — Feto di sesso maschio — del peso di 2200 — lungo 45 — diametri cranici O. M. 120, O. F. 106, Bip. Anat. 86, ostetr. 84. — Bacino da esperienze in ghisa piatto obliquo. — Microcorda sinistra più corta della destra di 1 cent. e 1|2. C. V. 52 millim. — Fatta la perforazione ed introdotta la branca maschio si deflette facilmente la testa che è in posizione O. I. D. T. Portata la branca femmina sulla fronte che corrisponde al lato sinistro del bacino, si rinchiude lo strumento per fare agire la vite, cosa che richiede un po' di forza. Il perno del cranioclasta guarda posteriormente. Avvicinati i manici quasi a mutuo contatto si fanno le trazioni in basso e non riuscendovi così ad estrarre il capo si usa il cranioclasta come leva di 3° genere. Distintamente si vede allora la base porsi di coltello, e scendere così tra i diametri ristretti, ponendo il diametro *mento nasale* in relazione colla coniugata e succedendo in questo senso l'inclinazione. Estratto il feto si osserva che la branca femmina è caduta sulla regione fronto-malare destra, passando una delle gemelle sull'occhio destro. La rocca petrosa di destra è staccata completamente dalla base dello sfenoide, come pure si presenta infranta l'ala destra e l'inserzione basilare dell'occipitale. (Esperimentatore il prof. Tibone).

Esperienza 3.ª — Col cranioclasta antico del Bertinara. — Bacino in ghisa piatto, obliquo. — Microcorda destra 78. — Id. sinistro 50. — C. V. 66 — feto che pesa 2812 grm. — lungo 49 — diametro bip. ost. 88 — id. anat. 90 — Id. bitempo 77 V. in Pos. O. I. S. T. — Craniotomia colle forbici del Blot. Branca maschio dello strumento a sinistra contro l'occipite che spinta fa deflettere il capo. — La fenestrata a destra sul fronte in modo da afferrare pure il naso. Si fa agire l'apparecchio di compressione;

dopo pochi giri si sente uno scricchiolio e la vite che prima si moveva difficilmente e richiedeva forza non poca, ora gira con facilità. L'estrazione si fa tosto con qualche trazione in basso in questo bacino in cui momenti prima s'era dovuto ricorrere a schiacciamenti multipli ed a varie trazioni per potere estrarre col cefalotribo del Blot un feto a termine di peso press'a poco uguale. Estratto il feto le branche conservano uguale posizione, solo che la destra è risalita alquanto sul fronte; la branca piena si è un po' contorta verso il perno. Tolta la rottura delle piccole ali dello sfenoide e uno sconnettimento generale della parte destra della base, altro non si osserva. — Esperimentatori Bergesio ed Anglesio.

Esperienza 4.ª — Feto femmina. — Peso 3080 — Lungo centimetri 48 — Diam. oc. ment. 132. — Id. Oc. front. 123 — Bip. anat. 95, id. ostetrico 93 — Bitemp. 82 — Bimastoide 78 — Bacino piatto C. V. 54 — Posiz. oc. D. Tr. — Si applica il cranioclasta antico collo stesso metodo di prima. La branca esterna sul fronte a sinistra scende sino alla regione canina di questo lato. L'avvicinamento dei manici è difficilissimo stante il divaricamento grande dei manici di questo cranioclasta, che è poco curvo alle branche e per cui non si adatta bene alla inclinazione della base procurata colla deflessione. La vite agisce lentamente e con difficoltà, ottenuto lo riavvicinamento e fatte le trazioni in basso queste non giungono ad estrarre il vertice. Si usa allora il cranioclasta come leva di 3° genere e la base inclinandosi scende abbastanza con facilità. La base mostra rotte le piccole ali dello sfenoide ed è sconnessa nel suo assieme.

Queste esperienze ed i fatti clinici mostrano luminosamente:

1.° Che il cranioclasta è strumento capace di vincere sproporzioni uguali al cefalotribo ed all'uncino acuto.

2.° Che l'azione sua è di porre la base per isbieco e romperla pure, ove questo si voglia tentare.

3.° Che deflettendo il capo la frattura della base s'ottiene

più facilmente purchè il cranioclasta usato abbia curva sufficiente al morso.

4.° Che desso può pure agire collo stesso meccanesimo della pinza Barnes, cioè facendo scendere il diametro mento sopra nasale senza richiedere le complicate manovre di questo processo.

Pinza a craniotomia del Barnes.

Nella Clinica di Torino fu pure esperito questo processo che non è che una variante di quello del Burns.

Il campo d'azione di questa pinza sarebbe, secondo il suo autore, dato dall'altezza del diametro trachelo-basilare e la differenza trovata in questo dal Barnes e dal Cuzzi, già spiega perchè con quest'ultimo si debbe limitare il campo dello strumento in questione. È indiscutibile che l'azione di questo cranioclasta è limitata dall'altezza del diametro mento-sopra nasale che con Cuzzi, il Prof. Tibone ed io trovammo misurare solo 5 centimetri negli studii fatti allorchè presentammo le esperienze al Congresso di Pisa.

Essendo col diametro retto dello stretto superiore che si fa misurare il trachelo-basilare, il trasverso della base si porrà in relazione col trasverso del bacino. Essendo quest'ultimo raramente ristretto quanto il retto, per la maggiore frequenza delle ristrettezze pelviche in questa direzione, la cranioclastia Barnes sarà operazione possibile nella maggioranza dei casi, ma ognora difficile. Mentre poi verrà di natura controindicata nei bacini assolutamente ristretti ed in quelli in cui il diametro trasverso e gli obliqui essendo deficienti non lasciano campo sufficiente al vertice di muoversi.

Nell'istituire da noi nel Gabinetto sperimentale dell'Istituto Ostetrico di Torino le esperienze su questo processo, abbiamo seguito i precetti del Barnes. Craniotomizzata e distrutta la volta, resa libera la base, a fare il che ci volle nè poco tempo nè poca

pazienza e fatica, furono portate una delle branche sul fronte, l'altra sul mento. L'autore inglese consiglia di portare la esterna semplicemente sulla faccia, ma la facilità con cui questa lasciava la presa nelle prime esperienze, ci obbligò a cercare un punto di appoggio più solido o sulla mandibola superiore o sul mento. Articolato lo strumento, lo si avvitò e quindi si fece agire come un cefalotribo schiacciando e traendo. Man mano la testa scendeva, nelle poche volte in cui si riuscì a deflettere il capo, il mento si portava in avanti. Qui pure nasce un' obiezione al processo primitivo. Obiezione che il Cuzzi tosto fece. Con una applicazione sola non si può estrarre la faccia. Fa duopo svitare lo strumento e tentare una nuova applicazione sul mento o sul fronte come sopra dicemmo, per cui l'estrazione abbisogna di due successive applicazioni.

La difficoltà nell'eseguire quest'atto operativo, il tempo che si perde, le complicate manovre fanno sì che clinicamente la pinza Barnes non ebbe, né ha, nè avrà successo, per cui neppure nell'armamentario degli Ospizi ed Istituti si vede tampoco figurare. L'esperienze in N. di 8 furono a Torino fatte colla pinza in questione acquistata appositamente a Londra. Tralascio la descrizione dello strumento che pesa 745 grammi e misura 20 1/2 centim. dalla punta del manico all'articolazione; 15 1/2 dall' articolazione all'estremità delle branche.

Esperienza 1.ª — Feto del peso di 2840 grm. — Lungo 48 centimetri. — Diam. bip. anat. 90. — Id. ost. 88. — Bimast. 76. — In bacino da esperienza piatto scoliotico con C. V. di 68 mill. — Diam. tras. 120. — Craniotomia colle forbici Smellie, excerebrazione, esportazione della calotta cranica colla pinza Barnes, che riesce difficile e lenta. Branca interna sul fronte. — Esterna sulla faccia. — Lo strumento lascia la presa. Si fanno varii tentativi, ma infruttuosi, per estrarre il capo. Se ne ottiene poi l'estensione e l'estrazione afferrando coll'uncino acuto l'orbita.

Esperienza 2.ª — Bacino viziato colle placche del Fabbri. —

Pelvi piatta C. V. 55. — Feto che pesa 2500 grm. — Lungo 46 cent. col diam. bip. anat. di 87. — Ostetr. di 85. — Bitemp. di 74. — Craniotomia colle forbici del Blot. — Svotamento cerebr. — Esportazione delle ossa della volta che riesce, stante il poco spazio, ancor più laboriosa della prima esperienza. — Applicazione della pinza sul fronte e faccia che lascia reiteratamente la presa. Si riduce il vizio a 65 millim. e si ritenta sempre nei medesimi rapporti ma invano. — L'estrazione si fa coll'uncino acuto impiantato nell'orbita che deflette il capo e lo estrae ponendo per isbieco la base.

Esperienza 3.ª — Bacino appiatito artificialmente. — C. V. 70. — Feto che pesa 3400 grammi — Lungo 54 cent. — Bip. anat. 94. — Ostetr. 92. — Craniotomia col trapano Kilian. — Spappolamento cerebrale. — Esportazione della cupola cranica colla pinza. Si porta la branca basilare sulla fronte; l'*esterna sul mento*. Si avvita lo strumento e si trae in basso. S'ottiene l'estensione del capo che viene estratto colla pinza portandosi il mento contro il pube.

Esperienza 4.ª — Bacino in ferraccio, 4° della serie posseduta in Clinica. — Piatto con C. V. di 68. — Feto lungo 49. — Feto del peso di 2780 grm. con diam. bip. anat. di 89. — Id. Ostetr. 87. — Id. Bimast. di 74. — Craniotomia e svotamento cerebrale. — Esportazione delle ossa mobili. — Applicazione della pinza colla branca esterna sul mento. Questa scivola e non si lascia estrarre. Compie la bisogna il cefalotribo Lollini.

Esperienza 5.° — Bacino reso piatto con placche. — C. V. 60 millimetri — Feto del peso di 2580 grm. — Lungo 49. — Diam. Bip. an. 87. — Id. Ost. 85. — Id. Bitemp. 70. — Esportate le ossa craniche s'applica la pinza sul mento e fronte e si ottiene facilmente la deflessione portando risolutamente in basso ed in addietro i manici dello strumento.

Esperienza 6.ª — S'aumenta nel medesimo bacino dell'Esperienza 5ª il vizio nella C. V. portandolo a 55 millimetri. — Si

mette il medesimo feto nel bacino. — E con eguale manovra si ottiene la deflessione.

Esperienza 7.ª — Bacino in ferraccio. — C. V. 50. — Feto che pesa 2800. Diam. bip. anat. 92. — Id. ostr. 90. — Craniotomia e svotamento della massa cerebrale, esportazione delle ossa della volta. — Branca interna sul fronte, l'esterna *non più sul mento ma sul mascellare superiore.* Lo strumento non può applicarsi, scivola e lascia la presa.

Esperienza 8.ª — Il medesimo feto è posto nello stesso bacino viziato a 65. Si porta la pinza Barnes sul fronte e sul *mento*, si trae direttamente in basso ma *posteriormente* e si ottiene la deflessione e l'estrazione del feto.

Le esperienze furono fatte dal prof. Tibone o da me ognora assieme ed in presenza della scolaresca.

Da queste chiaramente si dimostra che il metodo del Barnes, se possibile, è però di difficile applicazione. Su 8 esperienze 4 volte si riuscì a deflettere il capo, ma solo ognora portando la branca esterna sul mento ed assicurandone così la presa. Cosa certamente facile a dirsi e compiersi in un bacino da esperienza, ma difficile forse poi sulla vivente. Il motivo per cui applicato, come scrive il Barnes, sulla faccia senza precisarne il punto, non corrisponde all'aspettativa è ovvio. Lo dico e lo ripeto: la branca esterna non può applicarsi. Fa duopo modificare per essere di ciò sicuri il metodo e lo strumento — dirò col Tibone — o meglio parte dello strumento. Il manco di azione, osserva il clinico torinese, sta nella brevità della pinza esterna; a questo inconveniente si può facilmente riparare; allungandola cioè di pochi centimetri, per modo che una delle cucchiaja giunga al mascellare inferiore, mentre che l'altra branca poggierà sulle lamine orizzontali del frontale e venga così afferrato e fatto misurare col diam. ristretto materno il mento sopra nasale o trachelo-basilare del feto. Cosa che naturalmente limitando lo spazio reale per la presenza dei due becchi dello strumento ne limita pure l'impiego nel bacino ristretto.

Giunto a termine di questa mia incompleta rivista storico-critica su qualche indicazione della pelvica distocia, non mi rimane che a far voti affinchè le deduzioni pratiche che si possono avere, sieno se non tosto accettate, almeno poste in campo e discusse. Che la generalità degli ostetrici italiani debba propendere nei vizii sotto il 60 al taglio cesareo opportunamente modificato, ora più non lo dubito (1). Mi auguro che uguale sorte sia per favorire il cranioclasta, questo degno strumento che così poco figura nella vera ed intrinseca sua azione in Italia.

Contemporaneamente ringrazio tutti coloro che a voce o con scritti vollero essermi larghi di consigli e di studii, assicurando loro la mia imperitura riconoscenza pell'aiuto prestatomi a questo contributo all'ostetricia italiana.

---

(1) Se però il taglio cesareo continua a dare i risultati delle prime operazioni.

BIBLIOGRAFIA

RENDICONTI: *Torino.* — Registri Clinici e Rendiconto dal 1851 a tutto febbraio 1880.

Milano. — Rendiconti Clinici dal 1834 al 1843 e dal 1863 a tutto 1877. — Direttori: De Billi, Lazzati e Chiara, e redatti dai dottori De Billi, Casati, Porro, Grassi e Chiarleoni. Nonchè le relazioni Griffini e le lezioni rendiconti del prof. Domenico Chiara.

Pavia. — Rendiconti Clinici. Direttore Lovati, redatti dal Cazzani dall'anno 1859 a tutto il 1869.

Palermo. — Direttore Pantaleo. Rendiconti Clinici redatti dal Piazza dall'anno 1851 al 1872.

Genova, *Sezione ostetrica* annessa all'Ospedale Maggiore. Rendiconti redatti dal Viviani dall'anno 1855 al 1866.

Parma. — Dall'anno 1870 al 1879, pei professori Direttori Chiara e Calderini.

GIORNALI: — Annali Universali di Omodei. — Milano, dall'anno 1830 al 1850. — *Paris*, Archives générales de Médecine, t. 13, 1847. — Hersent sur l'avantage de la perforation, ecc. — Annales dirigée par Andrieux, novembre — Paris 1842.

DIZIONARI: — Articoli del Gardien nel *Dictionnaire des Sciences Médicales*, Vol. 11, 17, 21. Articoli embriotomie, isterotomie, accouchement cæsarien.

Id. — Del Dechambre — Forceps; Bassin et accouchement di Depaul, Pajot et Pinard.

Id. — Del Jaccoud. — Embriotomie et accouchement par Tarnier.

Id. — Enciclopedia Medica Italiana. Cefalotrissia di Porro.

Memorie Originali: — *Corradi.* Storia dell'Ostetricia Italiana, Parte 2.ª — *S. Rousset.* De Histerothomie, Paris, Section 2. — *Plinius.* Historia Naturæ, Lib. VII. — *Salius.* De Morbo Partu, Roma. — *G. Pilla.* Deformità del bacino. Parto artificiale al settimo mese. Morte della donna. Esperimenti cadaverici. Bologna 1870. — *G. Belluzzi.* Intorno al parto prematuro artificiale. Bologna 1875. — *C. Minati.* Annotazioni sul parto prematuro artificiale specialmente rispetto alla Medicina forense, Firenze, 1862. — *A. Agostini.* Del parto prematuro e dell'aborto per arte provocato. Sunto monografico. Milano, 1860. — *Porro L.* Aborto provocato per grave ristrettezza pelvica da osteomalacia. Milano, 1872. — *Id.* Risultati apparenti e risultati veri del parto provocato artificale. Milano 1871. — *Chiara.* Conferenze rendiconto per l'anno clinico 1877. Milano. — *Chiara Domenico.* Intorno ad alcuni fatti clinici occorsi all'Ospizio di S. Caterina in Milano. Lettera al prof. Porro. — *Id.* Su due casi interessanti di pratica ostetrica, Torino, 1873. — *Assalini.* Nuovi strumenti ostetrici e loro uso. Milano 1811. — *Lauth.* De l'embryo thlasie-these. Strasburgo 1863. — *Assalini.* Observationes praticæ de tutiori modo extraendi fœtum jam mortum supra vitiatam pelvim detentum cum tabulis. Milano 1811.

Scibelli. Studio sulle vere indicazioni nei vizii pelvici. Napoli, 1874.

A. Finizio. Sul valore pratico e condotta del clinico nei vizii pelvici. Napoli, 1867.

A. Guelmi. Della cefalotripsia, cenni storici ed applicazioni al parto. Pavia 1875.

Ercole, F. Fabbri. Studii speciali sull'embriotomia. Esperienze. Bologna, 1875.

Belluzzi e *Pilla.* Illustrazioni di alcuni strumenti del prof. Rizzoli. Bologna, 1875.

C. Belluzzi. Sul forcipe. Perforatore Lollini, anno 1868 } 3 memorie
» » » 1869 } Bologna.
» » » 1869 }

C. Belluzzi. Della cefalotripsia operata mediante il cefalotribo del Rizzoli. Bologna 1871.

D. Tibone. Cefalotripsia col cefalotribo Lollini. Osservazione clinica. Torino 1870.

Giordano. Prelezione e scritti medici. Il matrimonio nel vizio pelvico. Madre o feto? Torino 1880.

L. Bergesio. Contributo allo studio dell'aborto e parto provocato. Torino, 1876.

G. Chiarleoni. Cefalotripsia mediante il forcipe Gujon. Torino, 1879.

G. Berrutti. La craniotomia nella pratica ostetrica. Torino, 1875.

A. Cuzzi. Tesi sul forcipe. Torino, 1876.

A. Cuzzi. Sul cranioclasta. Torino, 1878. — *Id.* Sul forcipe Gujon, 1878.

L. Bergesio. Lettere sulle Cliniche estere. Torino, 1879.

L. Mangiagalli. Impressioni d'un ostetrico. Milano, 1880.

Trattati Italiani: — *Scipione Mercurio.* Della Comare, Cap. 9 e 10. Venezia, 1766.

Asdrubali. Trattato generale di ostetricia, tom. IV. Roma 1812. Trattati ostetrici dell'Aliprandi, Ghersi, Balocchi. Morisani. Sulle operazioni ostetriche.

Trattati Esteri: — Mauriceau, Gardien, Mesnard, Baudeloque, Capuron, Boivin, Moreau, Salmon, Velasco, Joulin, Chantreuil et Tarnier, Stein, tradotto dal Monteggia. — Naegèle et Grenser. — Carlo e Gustavo Braun, Litzmann, Scanzoni, Schröder, Barnes e Playflair.

Documenti inediti: Lettere dei Prof. Chiara, Morisani, Pantaleo Mariano, A. Cuzzi, Carlo Minati, Cesare Belluzzi, Dr. Egidio Welponer di Vienna, Luigi Mangiagalli di Milano e Prof. Calderini di Parma.

Rivista di Pediatria

Paralisi Infantile. — Lezione Clinica del prof. Simon all'Ospedale des Enfants Malades.

Generalmente chiamata la malattia in discorso, pochi anni fa *Paralisi essenziale dell'Infanzia*, perchè sconosciuta assolutamente ne era la sua patogenesi ed anatomia-patologica, fù dal Duchenne de Boulogne battezzata in seguito col termine di *Paralisi atrofica grassosa* ed oggidì è detta dai più *Paralisi spinale atrofica.*

Dessa non va confusa con un'altra affezione, di breve durata, e prognosi benigna, con cui ha comune il sintomo principale, la paralisi; malattia la seconda propria pur essa dell'Infanzia, descritta da Kennedy col nome di *Paralisi temporaria* e dal Chassagnac *Paralisi dolorosa* o *Torpore muscolare* dell'Infanzia, e che l'Autore crede meglio disegnare col titolo di *Paralisi Effimera.*

L'anatomia patologica della Paralisi spinale atrofica è di data recente. Laborde pel primo nel 1864 scoprì l'atrofia dei vasi antero-laterali del midollo, nei cadaveri dell'Ospedale stesso in cui il Simon dettò questa sua lezione clinica; ma non riconobbe le lesioni sostanziali della sostanza nervea grigia; alterazione che venne descritta l'anno dopo da Prevost e Vulpian, e da essi trovata coll'atrofia dei vasi, nelle corna anteriori; scoperta confermata nel 1871 da Royer e Damaschino che studiarono pure l'atrofia delle cellule motrici dei corni anteriori. In ultimo Charcot dimostrò che la lesione delle cellule motrici del midollo è un fatto costante nella paralisi spinale infantile, originando da quest'alterazione i principali sintomi della malattia.

Quest'alterazione profonda della sostanza nervea si osserva specialmente a livello del rigonfiamento lombare; raramente al cervicale. Le lesioni possono essere bilaterali, benchè per l'ordinario si notino

più accentuate da un lato. Varia la loro forma se sono recenti od antiche. Nel primo caso si vede in uno spazio limitato una considerevole distensione dei capillari; proliferazione del connettivo delle corna anteriori come pure della tonaca adventizia dei vasi; degenerazione granulosa delle cellule motrici, diminuita la trasparenza dei fasci nervosi anteriori ed arrossata la sostanza bianca. Si hanno cioè i caratteri d'una mielite localizzata alle corna anteriori. La regione posteriore è sana, come pure le radici anteriori e posteriori dei nervi rachidiani.

Quando la lesione è antica si ha atrofia dei cordoni antero-laterali, che il più delle volte si presentano rammolliti e raramente sclerotici. L'alterazione per lo più si estende pure alla sostanza bianca del midollo spinale e le radici anteriori dei nervi spinali sono ugualmente atrofiche nei punti corrispondenti al tessuto ammalato.

Per vero dire i nervi in sè stessi sono sani; non presentano modificazioni intime sostanziali; così i nervi sciatici, le branche del plesso brachiale giammai mostrano profonde alterazioni. Dal che nasce la domanda importante per l'interpretazione della lesione, è una sclerosi che atrofizza per compressione gli elementi nervosi, o l'atrofia delle cellule è primitiva? Royer e Damaschino accettano la prima ipotesi, Charcot pensa ad una mielite parenchimatosa acuta con atrofia delle corna anteriori, opinione che è pure divisa dal Simon.

Quando il male dura da qualche tempo, allora si osservano pure lesioni nelle parti innervate dalla porzione ammalata. I muscoli si atrofizzano e la fibra muscolare si fa da rigata liscia, e da rossa, pallida; i fasci muscolari primitivi sono sostituiti da depositi di sostanza granulosa che si interpone pure negli spazii interfibrillari e sostituisce il connettivo. In ultimo in un grandissimo numero di casi s'osservò pure arresto di sviluppo nelle membra corrispondenti non solo delle parti molli, ma pure delle ossa.

In ultima analisi esistono due specie di lesioni recenti le une, antiche le altre. Caratterizzate le prime da una congestione e da una proliferazione nel connettivo della neuroglia con principio di degenerazione granulosa nella sostanza grigia; le seconde da un'atrofia dei cordoni antero-laterali con proliferazione della neuroglia limitata non solo più alla sostanza grigia ma invadente pure la bianca, con consecutiva atrofia delle radici anteriori dei nervi rachidiani.

I sintomi corrispondono alle lesioni anatomiche. Benchè il loro apparire sia multiforme, esso si fa però sempre bruscamente, mentre

l'evoluzione consecutiva del male è lenta. Simon divide la sintomatologia dell'affezione in discorso in quattro periodi: — 1.° L'iniziale. 2.° Un periodo di stato; 3.° un periodo di cronicità; 4.° infine un periodo di terminazione.

Per l'ordinario non vi esistono prodromi. In mezzo ad una perfetta sanità, si trova il bimbo colpito da paralisi con o senza febbre. Se vi ha quest'ultima la durata ed intensità sua è variabilissima. Talora il termometro sale sino a 39 $^5/_{10}$, mentre altre volte non sorpassa i 38 g. di Temp. centesimale. L'elevazione termometrica può esistere per una notte sola, come durare più giorni. L'Autore riporta un fatto clinico osservato nel consulto gratuito pochi giorni prima, in cui il bimbo in piena e completa salute fu preso da improvvisa paralisi con febbre che durò otto giorni e poi cessò completamente, persistendo la mancanza della funzione motrice.

Insiste sul fatto che la febbre può mancare, benchè Laborde l'abbia constatata 40 volte nei 50 casi che riporta. Molte volte unico sintomo è l'arresto o l'indebolimento dei movimenti da un lato. L'invasione della malattia può essere differente e mascherare talora del tutto il male grave che cova. Possono comparire convulsioni analoghe a quelle della dentizione. Simon osservò questo modo di manifestazione due volte. Il sintomo convulsione essendo il più delle volte comune all'invasione di molte malattie febbrili nella prima infanzia, non rischiara punto il diagnostico.

In alcuni casi sono accidenti diarroici gli iniziali; altre volte esantemi di roseola o di scarlattina. L'Autore osservò in un caso incominciarsi il male con un'angina benigna che ritenne prodotta dall'incipiente paralisi spinale. Rarissimi sono i casi in cui la paralisi viene lentamente. L'invasione brusca, repentina è la regola; gli altri modi d'iniziarsi, l'eccezione.

Non è in tutti uguale il modo di comportarsi dell'alterazione motrice. In pochi giorni essa raggiunge l'apogeo. Talora colpisce tosto le quattro membra; altre volte non sono solo i superiori o gli inferiori o solo quelli di un lato o di tutti e due che diventano completamente inerti. È rarissima la paralisi d'un solo membro. Per l'ordinario sono le estremità inferiori che vengono colpite per le prime. E non amendue con uguale intensità; nè tutti i gruppi muscolari volontarii vengono ugualmente presi. I muscoli della gamba sono generalmente più paralizzati di quelli della coscia. E sulla gamba stessa, le fibbre muscolari in maggior grado paralizzate sono quelle della regione antero-

esterna. Di qui la frequenza nei bimbi paralitici del piede equino varo. Se la paralisi occupa il braccio, per ordine di frequenza dei muscoli primo ad essere immobilizzato è il deltoide; poscia all'avanti braccio si hanno gli estensori che rifiutano di obbedire; questo modo di comportarsi è quasi analogo agli effetti della paralisi saturnina; i flessori sono di rado colpiti. Ponnosi osservare all'arto superiori deviazioni e deformità analoghe a quelle dell'arto inferiore.

Come si spiegano le alterazioni sintomatiche con le lesioni anatomiche del midollo spinale? Per il fatto di una congestione subitanea dell'asse midollare si ha la paralisi generale, repentina di tutte le membra. Localizzandosi poscia l'alterazione ai varii punti delle corna anteriori del midollo, si ha il corrispondente disturbo funzionale nei muscoli innervati dai rami partenti da questi punti. Secondo Simon la localizzazione *è il vero carattere clinico della paralisi infantile.*

La sensibilità generale è quasi sempre generalmente conservata nelle membra colpite da paralisi. Possono osservarsi sul principio dolori ed iperestesi-cutanea; ma questi sintomi si dissipano rapidamente. Il che si spiega col fatto che i cordoni posteriori non sono ammalati. L'intelligenza ed i sensi rimangono intatti.

L'azione riflessa varia a seconda del grado dell'alterazione spinale; così la reazione contrattile in presenza dei modificatori elettrici. Un sintomo su cui Simon chiama l'attenzione è l'*abbassamento di temperatura* nelle membra colpite da paralisi. È sufficiente portare la palma della mano alternativamente sul membro ammalato e sul sano per tosto convincersene. Soventi s'osservano effetti diretti dell'insufficiente termogenesi; la cute si fa cianotica, anserina, il che indica una circolazione insufficiente ed uno stato di asfissia. Ciò pei primi giorni.

Passata la febbre ed il periodo di acutezza, lo stato generale si fa buono. Comincia il periodo di pausa nella malattia o *Periodo di stato.* Giunto a questo punto il bimbo può guarire della sua paralisi, ma quasi sempre incompletamente ed ognora con molta lentezza. La guarigione completa è rara ma possibile. Simon l'osservò in due casi. Il più delle volte un gruppo muscolare, un arto rimangono paralitici. Il bimbo striscia una gamba nel camminare, od ha il piede in una forzata estensione ed adduzione; l'arto superiore può rimanere inerte o molto lentamente si riesce a riacquistare il primitivo movimento. Questi sono i casi felici. Non è raro l'osservare l'atrofia delle membra, la degenerazione grassa dei muscoli ed un arresto completo nello sviluppo, od un'anomalia nei punti di congiunzione delle varie ossa.

La diagnosi della Paralisi spinale atrofica può riuscire difficile per chi non è famigliare della Pediatria. Dessa può venire confusa colla paralisi d' origine cerebrale o midollare, ma dipendente quest' ultima da altre alterazioni come la malattia di Pott. La si scambiò con una paralisi difterica che a torto era negli scorsi anni ritenuta come paralisi essenziale mentre non è che sintomatica; o con una lesione profonda dei muscoli di una regione, o con le conseguenze di alcune malattie articolari.

Sarebbe troppo lungo il seguire Simon nella diagnosi differenziale di queste varie alterazioni. M' arresto alle più comuni, cioè alla paralisi prodotta da affezioni cerebro spinali ed a quella consecutiva alla difterite.

Diagnosi differenziale tra la paralisi atrofica spinale e quella d'origine cerebrale. — L'idrocefalia, la sclerosi, i tubercoli cerebrali e le emorragie meningee, danno luogo a paralisi più o meno limitate; ma in questi casi tutti si hanno sintomi speciali dal lato del cervello, come alterazioni nelle funzioni dei sensi e dell' intelligenza. Le vertigini, i vomiti, accessi convulsivi epilettiformi e talora un'emiplegia faciale accompagnano le sopra citate malattie del cervello.

Duchenne di Boulogne avrebbe secondo Simon errato quando pose per assioma che data una paralisi e conservandosi nei muscoli affetti la reazione elettrica, l' origine di questa debba sempre ripetersi dal cervello; e che carattere patognomonico di quelle d'origine midollare debba essere la diminuita contrattibilità elettrica. L'Autore trova ciò troppo assoluto, avendo non poche volte osservata violata questa legge; secondo lui non si deve esagerare l' importanza dell' elettricità nel diagnostico del punto di partenza delle paralisi.

Le affezioni del midollo che possono dare pure nascita a sintomi paralitici, quali la mielite e la sclerosi spinale diffuse, sono rarissime nell' infanzia. In questi casi, nel periodo acuto i sintomi di debolezza e di anestesia sono accompagnati da rigidezza muscolare e tosto da contratture, sovente da agitazione e scosse convulsive nelle membra. Di più quando vi ha mielite o sclerosi i fenomeni sono per l'ordinario bilaterali e non si trova la localizzazione della paralisi che come dicemmo è carattere distintivo della affezione in discorso. Quando il punto di partenza è una mielite od una sclerosi, si osservano quasi sempre disturbi nelle funzioni uro-pojetiche, disturbo che è rarissimo nel decorso della paralisi spinale-atrofica infantile.

Quando è la carie vertebrale (malattia del Pott) che comprimendo

o distruggendo gli elementi del midollo spinale produce le paralisi, i caratteri locali dell'affezione ci mettono tosto sulla giusta via. La gibbosità angolare, il modo speciale di camminare nel periodo prodromico, la paraplegia consecutiva sono tutti sintomi importanti. Nella paralisi da malattia del Pott i fenomeni d'immobilità sono per l'ordinario equamente bilaterali, nella paralisi essenziale si ha ognora il predominio dei sintomi di un lato su quello del lato opposto.

Paralisi difterica. — Indipendente dal fatto della malattia principale, la paralisi che origina dalla difteria comincia quasi sempre dai muscoli del velo pendolo, prendendo successivamente quelli dell'occhio, del collo e poscia le membra inferiori. Questa paralisi non è certamente localizzata. In essa non si osserva nè la rapida atrofia nè il parziale raffreddamento. La contrazione elettrica continua normale e la sua guarigione si fa, ed in un tempo relativamente breve; caratteri tutti non comuni alla paralisi spinale esclusiva all'infanzia.

Prognosi della malattia. — In tesi generale si può dire che la prognosi deve essere riservatissima. La guarigione sua difficilmente completa è di lunga aspettativa. Benchè il pronostico dal lato radicale dell'esistenza non sia così grave, nullameno per ciò che si è detto deve formularsi con cautela, specialmente per le deformità che possono rimanere quale ultima conseguenza. Specialmente nei primi periodi bisogna andare cauti nel pronunciarsi definitivamente. L'atrofia muscolare sarà conseguenza necessaria della malattia? Sarà dessa lenta o rapida? Solo il tempo può rispondere ai due quesiti. Se la paralisi è mite, se il movimento non è completamente abolito, o se viene prontamente ricuperato, la prognosi sarà meno infausta. È inutile il dire che nel caso contrario noi dobbiamo argomentare più gravemente. In tutti i casi se lo stato stazionario della paralisi sorpasserà le 5 o 6 settimane, secondo Simon si può essere certi che la risoluzione non sarà completa.

La sua eziologia è oscura. Rara prima dei sei mesi della vita extrauterina e dopo i tre anni, essa si osserva in ugual proporzione nel maschio e nella femmina. Se si osservano paralisi nel secondo periodo dell'infanzia, per l'ordinario sono prodotte da altre alterazioni. Il suo massimo di frequenza è nel periodo della dentizione (dai 9 mesi ai due anni) benchè non si possa trovare tra loro un nesso logico. Simon in qualche caso notò una diretta influenza reumatica, l'azione del freddo.

Cura. — Varia secondo i periodi. Al principio, nel periodo acuto

riescono utilissimi i rivulsivi cutanei potenti come un bagno d'aria calda della durata di tre a ciuque minuti ogni giorno, l'avviluppare le membra inferiori con un grande strato di ovatta polverizzata con farina di senapa che si cambia mattina e sera, nonchè applicare lungo la colonna vertebrale, tra le due spalle, o ventose secche o piccoli vescicanti volanti, o praticare pennellature di tintura di iodio, o meglio ancora secondo Simon di produrre colla matita del Limousin (fatta di olio di Croton con cera e burro di Cacao) un'eruzione artificiale di lunga durata, collo scopo di scaricare l'asse midollare. All'interno sono da raccomandarsi i preparati di cicuta e d'aconito, cinque gocce di tintura d'ognuno in una pozione d'acqua di tillio e di fiori d'arancio con 15 grammi d'acqua di Lauro ceraso. Il bimbo sarà tenuto a letto, con temperatnra dolce nella camera; vitto scarso e nutriente.

Nel 2° Periodo (di stato, di pausa), gli accidenti acuti essendo scomparsi, esiste la paralisi e l'atrofia comincia a manifestarsi. È contro d'essa che bisogna rivolgere la terapia. Vantaggiose riescono le frizioni calde e stimolanti sulle membra con una mistura composta di 100 gr. di balsamo del Fioravanti, 50 grammi di alcoolato di lavanda e 20 grammi di tintura di noce vomica. Il bimbo va tenuto in flanelle calde per evitare il raffreddamento. Simon raccomanda pure l'uso sulle membra paralizzate *della corrente elettrica continua debole*, col polo positivo portato verso la parte superiore del dorso ed il negativo in basso specialmente sul punto più atrofico dell'arto. Le sedute elettriche si hanno da fare tutti i giorni e durare 20 o 30 minuti. I poli vanno frequentemente cambiati di sito.

All'interno l'eccitabilità del sistema nervoso deve essere mantenuta desta con preparazioni di noce vomica (da 3 a 5 goccie di tintura al giorno o con $^1/_2$ ad un milligrammo di solfato di stricnina nelle 24 ore). Questi rimedi vanno sospesi dopo 6 od 8 giorni e quindi ripresi, se è necessario, dopo ugual tempo di riposo. Simon raccomanda pure la punteggiatura col ferro rovente sulla parte superiore della colonna vertebrale, ed i tonici internamente (caffè, chinina, olio di fegato di merluzzo) nonchè i bagni generali solforosi.

Terzo Periodo. Si continua la cura del precedente aggiungendo una ginnastica speciale che varia secondo l'arto ammalato.

Se sono i muscoli della regione antero-laterale esterna della gamba i colpiti e quindi s'abbia minaccia di un piede equino varo, Simon consiglia non solo un'assicella metallica sulla regione dall'alto al basso che riconduca il piede nella sua posizione normale (essendo controin-

dicata la tenotomia perchè toglierebbe la speranza del ripristinarsi regolare della funzione muscolare), ma ancora dei moti speciali in senso opposto alla deviazione, manovre da farsi due volte al giorno per tenere in azione la contrazione muscolare. Contro le paralisi del braccio si consigliano vetture ad alte ruote che sono poste in moto dal bimbo seduto nella carrozzella.

L'ortopedia va curata e studiata con particolare diligenza. È inutile entrare nelle minuzie che richiede questa parte. Ogni specie di contrattura, di retrazione vuole un'apparecchio speciale ed è dovere del medico in ogni singolo caso di studiare il più appropriato.

(Union Medicale e Scalpel, N. 29, 34 e 35 di febbrajo*)*.

Vaccinazione. — A qual giorno fa duopo prendere il vaccino? Possono esistervi pericoli d'emorragie pel fatto della puntura vaccinica? È all'ottavo giorno per l'ordinario che si prende il virus vaccinico dal vaccinifero. Questo mezzo che è buonissimo quando l'innesto deve farsi su d'un terreno vergine, sul braccio d'un bimbo mai stato vaccinato e quindi sensibilissimo all'azione del virus, non è più da raccomandarsi quando si tratta di una rivaccinazione.

Infatti Crèquy si è assicurato che innestando in questi ultimi casi il virus di otto giorni solo la metà delle volte attechisce, mentre che i $^2/_3$ coronano la pratica se il virus è solo di 7 giorni. Più il virus vaccinale è fresco più è buono. La linfa vaccinica diventa buona secondo Jenner, Pariset, Busquet e Trosseau settantadue ore dopo l'iniezione ed è nel massimo di potenza al 4°, 5° e 6° giorno. Se lo ricordino i pratici; Dopo il 7° perde in attività.

Da 80 esperienze fatte da Carsten e Coert per studiare la potenza del vaccino animale si deduce che riscaldato a 64 centigr. per mezz'ora perde il suo potere. Non sono sufficienti 52 gradi ad ottenere ciò. Diluito in 500 ed anche in 2,000 parti non perde punto. Questi due scrittori usano del vaccino animale per la popolazione dell'Aja e su 17,046 vaccinazioni fatte col virus animale ebbero 99,35 di successo per cento; il che dimostra che il vaccino animale è analogo in potenza all'umanizzato senza averne punto gl'inconvenienti, per cui è logico per più motivi ritornare a lui se si vuole riavere la primitiva potenza ed innocuità.

Riccardo Pott riporta (Berl. Klin. Wochens. N.° 44-1873), un nuovo caso di emorragia letale in seguito alle punture vacciniche. Henschel e Stromeyer già avevano per ciascheduno narrato un fatto consimile. Nell'osservazione di Pott, quattro furono le incisioni e superficialis-

sime, praticate il 20 giugno 1877. Sanguinarono tosto e copiosamente. L'emorragia cessò solo due giorni dopo. Al 3° giorno nei contorni delle incisioni (che pustole regolari non si fecero) si osservarono vescichette piccole di colore oscuro. Queste si estesero, si ruppero al 5° giorno e cominciò un copioso gemizio di linfa sporca. Dopo lo scolo linfatico ricomparve dalle punture l'emorragia. Pott le medicò con percloruro di ferro. Macchie emorragiche comparvero in altri siti e lungi dal punto vaccinato. Nei punti compressi il sangue cessava di fluire ma compariva nelle adiacenze. Al microscopio si osservò in esso un notevole aumento di globuli bianchi, e l'ammalata morì 14 giorni dopo la vaccinazione, esausta dell'emorragia interna ed esterna. Cosa degna di nota era la tendenza del padre a copiose rinorragie. Il virus impiegato servì con successo a molte altre vaccinazioni. Secondo Pott la leucemia causò la emorragia e quindi la morte. Questo fatto si opporrebbe all'osservazione di Riecken che vorrebbe dall'injezione vaccinica farne cura profilattica contro l'emofilia. Nelle famiglie in cui si ha tendenza all'emofilia, questa pratica va circondata da alcune cautele. Pott non è alieno da accettare nella cura di quest'emorragia la trasfusione del sangue che Weber propose e praticò in caso simile con pieno successo. (*Revue d'Higiene et Art. Medical.* Febbraio).

Cura dell'ipertosse. — È un fatto che la quantità dei rimedii è in relazione inversa della loro efficacia. Basta per convincersene gettare lo sguardo sull'interminabile serie delle prescrizioni fatte nella cura dell'ipertosse che nonostante le proteiforme e numerose proposte continua nel suo decorso senza che la terapia possa con coscienza variarla o modificarla. Nulla di più incerto che la cura di questa tosse convulsiva che tanto spavento incute talora nel cuore delle madri ed affatica stranamente il povero paziente. I mezzi terapeutici suggeriti variano si può dire ogni anno e per ogni clima; con qual frutto l'esperienza di tutti i dì chiaramente lo dimostra. Per poco un giornale medico si occupi di terapia, lo vediamo offrire al lettore formule nuove per la cura della ipertosse; quindi non si stupiranno i lettori di trovare pure negli Annali qualche prescrizione reputata recente (perchè molte di quelle che si trovano presentate come nuove, non sono che prescrizioni dei tempi di Sydhenam, di Baglivi o di Boherave ora riprodotte). Sull'efficacia . . . . . la sola esperienza può dire l'ultimo motto. L'ipertosse è talora così ribelle che il trovare un nuovo mezzo da proporre alla famiglia che aspetta impaziente la guarigione serve se non altro a guadagnar tempo; che si può ritenere come l'unico

rimedio sicuro e radicale dell'ipertosse. Secondo il modo di vedere circa la natura sua varia l'indicazione; così l'origine parassitaria suggerì al dottore Cerasi prima ed al Teodoleici in seguito di curarla all'etiope minerale. *L' Oidium Pertussis* (*Cerasi*) o *Zigodesmus fuscus* (*Letzerich*) è il parassita che mantiene la tosse in discorso; parassita analogo all'*Oidium Albicans* del fungaccio e che troverebbe in questa prescrizione mercuriale la morte, e quindi arresterebbe la malattia. Ecco la formula impiegata dai due dottori: etiope minerale centig. 14 suddivisi in 4 cartoline con zucchero da prendersi nella giornata se il bimbo è sotto di un anno; mentre che se supera quest'età si può aumentare di altri 14 centig. la dose primitiva di giorno in giorno; scemando la malattia si diminuisce pure la quantità dell'etiope, finchè cessando il male cessa pure l'indicazione.

In una nota clinica comparsa nel fascicolo di gennajo dell'Orosi, Teodoleici raccomanda caldamente questo rimedio credendosi autorizzato a *ritenere che l'etiope minerale fra i rimedii fino ad oggi usati nella pertosse è rimedio sovrano.*

Quasi contemporaneamente in varii giornali esteri e nazionali medici trovo da Manhemer riportato che le insuflazioni di solfato di chinino e di carbonato di calce sono pure *rimedio sicuro* dell'ipertosse! Manhemer avrebbe con una o due insuflazioni al giorno di una miscela in parti uguali di solfato di chinino e carbonato di calce (credo come antiparassitario) guariti nove bimbi su dieci affetti da ipertosse in meno di quattro a sette giorni. Gli è vero che per perfezionata si sia la laringoscopia in questi ultimi tempi, portare una cannuccia di vetro (il che credo non poco pericoloso e che difficilmente mi accingerei a fare) o di metallo, è sempre cosa difficilissima per l'opposizione viva che s'incontra nel bimbo.

Se poi si continua nello studio del recentissimo formulario sulla cura dell'ipertosse trovo in uno degli ultimi numeri dell'Effemeride estera medica, *Neuw Remedies*, una formola consigliata dal Dr. I. J. Caldwell pure per la polverizzazione di una medela nelle retrofauci del bimbo colpito da ipertosse che guarirebbe *con certezza assoluta in* 2 *o* 3 *giorni la malattia in questione.* Ecco la formola:

P. Estratto fluido di belladonna, goccie da 6 a 12.		
Bromuro di ammonio	gr.	1,25.
Bromuro di potassio	gr.	2,50.
Acqua distillata	gr.	24.

La polverizzazione va eseguita due volte al giorno, mattina e sera, per 10-15 minuti sino a che non compaja la dilatazione della pupilla. Da tutto ciò dobbiamo conchiudere che la terapia acquistò in questi ultimi tempi *tre sicurissimi mezzi* per arrestare il corso della ipertosse, la di cui durata col mezzo meno energico dei tre viene ridotta al massimo solo più di 15 giorni e non più di 40 come vorrebbe il fatalismo del volgo. Ho da crederci?

(*New Remedies* — *Annali di Chimica*, fascicolo di gennaio, *Orosi*, fascicolo di marzo).

Dott. Bergesio.

Annotazioni sull'amputazione cesarea utero-ovarica.

Da una lettera del Dott. Harris di Filadelfia al Prof. Chiara si rileva come in New-York sia stata eseguita dal Prof. Isacco Taylor la 1ª amputazione utero-ovarica con felice successo per la madre e per il feto. Traduco la parte risguardante i punti principali: IIpara, di anni 29, pelvi cifotica, diametro bisischiatico 48 mm., diametro coccipubico 70 mm.: la prima volta era stata liberata colla craniotomia dopo un travaglio di 29 ore. — L'amputazione cesarea utero-ovarica venne eseguita il 5 del p. p. aprile colle cautele Listeriane, a termine di gravidanza, a travaglio non ancora iniziato: in questa come nella mia seconda venne rimosso un solo ovaio: il moncone legato con seta fenicata venne affondato (returned): durata complessiva dell'atto operativo un'ora.

Da una lettera dello stesso Harris al Dott. Mangiagalli si rileva come delle due operazioni riferitesi alla Russia, sulla fede di Pinard, una non sia mai stata eseguita, e l'altra di spettanza del Dott. Oscar Prévôt di Mosca risguardi un'amputazione utero-ovarica consecutiva a rottura uterina. La donna morì in 5ª giornata. In tal modo la proposta fatta da Blundell 50 anni or sono e rinnovata presso di noi da Alessandrini, avrebbe avuto la sua prima attuazione in Russia.

Il Dott. Pawlik ha pubblicato nella *Wiener med. Wochenschrift* (1879-1880) i cinque casi operati da Carlo Braun nella 1ª Clinica Viennese. Tre di essi sono già noti ai lettori italiani, perchè pubblicate da Welponer nello *Sperimentale:* ad ogni modo gioverà vederli qui compendiati:

1.° — 5 settembre 1877. — Donna molto denutrita, cachettica, d'anni 40, alta m. 1,43, osteomalacica — gravidanza a termine — operata nell'esordio del travaglio — feto vivo in presentazione di spalla — profilassi antisettica — l'utero venne inciso in situ — costrizione mediante l'écraseur — morte in 3ª giornata per peritonite settica.

2.° — 10 maggio 1878. — Donna rachitica, Ipara, d'anni 26, alta 1,26. — C. V. valutata a 50 mm. — Ambiente riscaldato a 22° C. — profilassi antisettica — ad onta dei ripetuti tentativi non si riesce a sgusciare l'utero gravido dalla ferita addominale per cui lo si incide in situ — costrizione mediante l'écraseur — in 2ª giornata al disopra di questo si applica il clamp di Spencer Wells onde impedire un accidentale rientrare del moncone — feto vivo — madre guarita.

3.° — 1 aprile 1879. — Donna rachitica, Ipara, d'anni 25, alta m. 1,35. — C. V. valutata a 60 mm., microcorda destra 60 mm., microcorda sinistra 50 mm. — presentazione di V. operata in travaglio ad acque già colate, colle cautele Listeriane — incisione dell'utero in situ, non essendo riusciti a sgusciare l'utero dalla incisione addominale — costrizione mediante l'écraseur — drenaggio profilattico semplicemente addominale — feto vivo — madre guarita.

4.° — 25 maggio 1879 — Donna nana (1,16), nubile, d'anni 23, offrente i caratteri della rachitide congenita e più propriamente della forma chiamata da Wincker rachitis mikromelica. Circonferenza pelvica 72: Sp. 21,5, Cr. 24,5. C. V. calcolata a 50 mm. Microcorda circa 50 mm. Presentazione di vertice; operata ad acque già colate colle cautele antisettiche. Per la troppo rapida costrizione la catena dell'écraseur incide i tessuti, per cui con pinzette si raccoglie tosto il peritoneo all'ingiro applicando al disotto l'apparecchio di Vorstädter — feto vivo — il 29 maggio essendovi fenomeni manifesti di peritonite grave, e sospettandosi una raccolta di liquidi settici nel cavo peritoneale, si riapre la ferita ma non si constata presenza di essudato liquido: il cavo peritoneale venne diligentemente lavato con una soluzione di thymol 1 grm. 1000 e la ferita venne nuovamente chiusa con liste di cerotto adesivo. Il sonno cloroformico si convertì in sopore da cui non si risvegliava che a tratti: la morte seguì 12 ore dopo. Epicrisi — peritonite diffusa. — Ad evitare l'accidente toccato a Wasseige e rinnovatosi in questo caso l'autore raccomanda la lentezza della costrizione ed il controllo delle dita applicate sulla catena.

5.° — 20 giugno 1879. — Donna rachitica, d'anni 23, Ipara, alta m. 1,42. Promontorio doppio. C. V. riferentesi al vero promontorio

mm. 50. Microcorda destra 60 mm. Microcorda sinistra 55 mm. — Operazione nel periodo iniziale del travaglio: durante lo stadio di eccitamento dell'anestesia cloroformica rottura delle membrane. Prima dell'applicazione dell'écraseur l'utero venne provvisoriamente stretto con un tubo di gomma — feto vivo. — Il decorso successivo fu segnalato da una iliade di guai: dapprima fenomeni peritonitici, dovuti ad accumulo di masse fecali, e messi da parte con clisteri di acqua tiepida a 4-8 litri per irrigazione, clisteri che apportavano tosto manifesto giovamento: indi lo scoppio di una forma psichica, ed i pericoli dovuti alla inanizione per cui si è costretti a ricorrere all'alimentazione artificiale: infine una piccola fistola intestinale e piaga da decubito che poi volsero a guarigione. — Dopodichè alla fine di settembre venne passata in una sala d'osservazione e quindi, persistendo la forma psichica, nel frenocomio.

La 1ª guarita di Braun ha il molimen menstruale e conserva il senso genesico ma presenta un'ernia della grandezza di una melarancia in corrispondenza alla ferita: la 2-ª guarita non presenta nè molimen menstruale nè senso genesico.

Aly nel *Centralblatt* f. Gynaek. N.° 7 ci rapporta un altro caso di amputazione cesarea-ovarica operata da Haussner in Barmen il 22 gennaio 1880. — Ipara, d'anni 22, rachitica, alta m. 1,40. C. V. 50 mm. Acque colate da 48 ore — funicolo prolabente non più pulsante. — Venne adottato il processo di Müller, adoperando il costrittore di Maissoneuve e filo di rame: solo venne fatta una modica costrizione, onde potere estrarre il cordone, una volta inciso l'utero. — Esciso utero ed ovaie volendo stringere ancora più solidamente l'ansa del filo metallico, questo si ruppe e ne conseguì dal moncone un colossale getto di sangue. Mediante l'applicazione di 10 pinzette emostatiche e di una forte ansa di catgut si riuscì a padroneggiare l'emorragia. Con una nuova applicazione di filo di rame non essendo riusciti a comprendere intieramente i legamenti larghi, si posero legature di catgut sui punti sanguinanti. — Morte in 3.ª giornata.

MANGIAGALLI.

Prof. Dott. DOMENICO CHIARA, Direttore-gerente responsabile.

Milano. — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume II. Giugno 1880. Num. 6.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

TRASFUSIONE DI SANGUE DAL PERITONEO

Comunicazione

DEL

Dott. MANGIAGALLI LUIGI

Medico 1° Assistente nella R. Scuola di Ostetricia di Milano
diretta dal Prof. Cav. Domenico Chiara.

L'idea di sostituire alla trasfusione vasale la trasfusione di sangue defibrinato per la via del peritoneo è affatto recente, essendo essa dovuta a Ponfick (1), che dopo averne dimostrato la utilità nel campo sperimentale e nel campo clinico la proponeva il 25 luglio 1879. In Italia i professori Bizzozero e Golgi ripresero l'esperimentazione giovandosi del cromocitometro come mezzo di constatazione dell'aumento del contenuto emoglobinico del sangue circolante, e ne pubblicarono i risultati favorevoli a quelli già ottenuti da Ponfick, formulando le seguenti conclusioni (2).

---

(1) Ponfick. *Ueber ein einfaches Verfahren der Transfusion bei den Menschen* (Wiener *Medizinische Blätter*, 28 agosto 1879).

(2) Bizzozero e Golgi. *Della trasfusione del sangue nel peritoneo e della sua influenza sulla ricchezza globulare del sangue circolante* (L'*Osservatore. Gazzetta delle Cliniche di Torino*, 4 novembre 1879).

1.° I globuli sanguigni del sangue iniettato nella cavità peritoneale veramente s' uniscono alla massa sanguigna circolante. Già 20 minuti dopo l'iniezione si può dimostrare l'aumento progressivo in quest'ultima della quantità procentuale dei globuli rossi: il maximum dell'aumento si ottiene in un periodo che varia da 1 a 2 giorni.

2.° L'artificiale aumento dell'emoglobina è in proporzione della quantità di sangue iniettata. Si noti, però, che la proporzione esiste soltanto entro certi limiti, giacchè essa non si verifica più quando la quantità di sangue trasfusa è molto abbondante. Il massimo di aumento d'emoglobina da noi ottenuto fu del 57 % della quantità d'emoglobina primitiva del sangue circolante.

3.° L'aumento della quantità procentuale dell' emoglobina si mantiene a lungo dopo l'operazione. Noi lo vedemmo persistere dopo 27 giorni, che è il periodo più lungo nel quale abbiamo continuato le osservazioni negli animali sottoposti ad abbondante iniezione. Si noti, però, che, raggiuntosi il massimo di contenuto emoglobinico nel 1° e nel 2° giorno dopo l' iniezione, suole dappoi aver luogo una progressiva diminuzione della quantità di essa.

4.° L'aumento dell'emoglobina ha luogo tanto negli animali sani quanto in quelli resi anemici con precedenti salassi. In questi ultimi pare anzi che il maximum di contenuto emoglobinico venga raggiunto più presto che nei sani.

Obalinski, giovandosi del metodo di numerazione confermava più tardi co' suoi esperimenti l'aumento delle emazie nella massa circolante (1).

Gli esperimenti di Bizzozero e Golgi indussero i clinici italiani ad esperire questa nuova risorsa ed anteriormente alla mia si suc-

---

(1) Obalinski. *Esperimenteller Beitrag zur peritonealen Bluttransfusion* (*Centralblatt f. Chirurgie*, N. 19, 1880 e *Gazzetta degli Ospedali*, 15 giugno, 1880).

cessero le osservazioni di Concato (1), di Golgi e Raggi (2), di Turati-Levis (3) nell' Ospedale Maggiore di Milano, mentre dopo quella da me praticata, un' altra ne veniva eseguita dal dottor Silva nella sezione diretta dal dott. Baldi nell'Ospedale di S. Giovanni di Torino (4).

Le indicazioni vennero fornite in questi casi dall' anemia progressiva gravissima secondaria o ad anchilostomiasi? ovvero ad alienazione mentale. La quantità di sangue iniettato variò da 210 grammi a 350: l'apparecchio adoperato fu una volta quello di Castiaux, le altre volte un tre quarti munito di chiavetta ed unito ad un imbuto di vetro mediante un tubo di gomma, sull'esempio di Golgi e Raggi. L'esperienza ha dimostrato la relativa innocuità dell' atto operativo avendosi avuto la peritonite solo nel caso di Concato, ed essendo solo basato su considerazioni aprioristiche il timore di ledere qualche ansa intestinale.

La trasfusione per la via peritoneale può prender parte nella pratica ostetrica e nel campo puerperale, ovvero ad essa dovrà in ogni caso preferirsi la trasfusione intravasale? È noto come questa registri i suoi più splendidi trionfi nel campo delle emorragie puerperali, quantunque vi sia taluno, Dépaul per esempio, il quale non esita a dichiarare che in tali casi forse egualmente, anche senza praticare la trasfusione, la paziente si sarebbe riavuta: certo in ogni caso non è dimostrata all'evidenza l'assoluta necessità della trasfusione, ma così ragionando non si corre forse il rischio che, dopo aver dovuto tante recise e forse infon-

---

(1) Lava. *La trasfusione del sangue per la cavità del peritoneo nella Clinica Medica Generale di Torino (L' Osservatore, Gazzetta delle Cliniche*, 10 febbraio, 1880).

(2) Golgi e Raggi. *Trasfusione di sangue nel peritoneo in un alienato oligocitemico (Gazzetta Medica Italiana-Lombardia*, 14 febbraio, 1880) e *Secondo caso di trasfusione peritoneale con esito felice in alienato oligocitemico.* Rendiconti dell'Istituto Lombardo. Fasc. VI e VII.

(3) *Gazzetta degli Ospitali*, 15 maggio 1880.

(4) Silva. *L'Osservatore, Gazzetta delle Cliniche di Torino*, 15 giugno 1880.

date affermazioni al *post hoc ergo propter hoc*, s'incorra nell'inconveniente opposto di non usufruire di legittime risorse onde non incappare in detto sofisma? Comunque l'esperienza successiva risolverà tali questioni parmi intanto dimostrato come la trasfusione dal peritoneo sia più semplice, più pronta, meno pericolosa, più alla mano di tutti: il punto debole è la sua minor prontezza di risultato quantunque, a tale riguardo, deve tenersi conto del fatto osservato da Bizzozero e Golgi che negli animali resi anemici con salassi e posti quindi nelle condizioni stesse in cui si trova una puerpera resa esangue dalle profuse emorragie, si raggiunge molto più presto che non nei sani il maximum dell'aumento emoglobinico. — Ecco ora il fatto che diede origine a questa comunicazione e che riguarda la prima prova fatta nel campo puerperale.

Alle 4 pom. 18 del p. p. maggio venivo chiamato d'urgenza fuori di Porta Venezia per una grave emorragia puerperale. La paziente trovavasi in 5ª giornata di puerperio, aveva avuto emorragie profuse da placenta previa durante il parto e nei giorni consecutivi, emorragie che avevano richiesto ripetutamente l'intervento dell'arte, e contro le quali il dott. Agudio, dopo aver liberato la donna mediante il rivolgimento, aveva praticato nella cavità uterina iniezioni di percloruro di ferro. Al mio arrivo le condizioni della paziente erano disperate, erano perfrigerati gli arti, abolita la coscienza, impercettibile il polso alle radiali: unico mezzo opportuno a rianimare la paziente parevami la trasfusione di sangue: il tempo incalzava, non aveva a mia disposizione l'apparecchio per la trasfusione intravenosa, i mezzi ordinarii, messi in opera, nel tempo necessario per circondarmi del consiglio di colleghi autorevoli erano rimasti infruttuosi e la donna pareva quasi già passata nel regno della morte, per cui benchè poche speranze ancora mi restassero, in presenza del prof. Chiara, dei dott. Negri, Agudio e Bai egualmente convinti della necessità della trasfusione, mi accinsi alla trasfusione peritoneale. Il cognato fornì il sangue che zampillò

con largo getto in quantità di 250 grammi dalla v. cefalica ampiamente aperta dal prof. Chiara, e venne quindi defibrinato dal dott. Negri: incisa la cute trasversalmente un ctm. al disotto della cicatrice ombellicale, attraversai dolcemente il resto delle pareti, volgendo la punta del trequarti all'imbasso, come aveva visto praticare poco tempo prima dal dott. Turati nell'Ospedale Maggiore: aperta la chiavetta del trequarti il sangue fluì rapidamente nel cavo peritoneale nella quantità di 200 grammi circa. La donna a poco a poco si riebbe, talchè un'ora dopo era per così dire richiamata a vita. Nessuna reazione locale insorse consecutivamente, per cui anche da questo caso sarebbero dimostrate l'efficacia e l'innocuità dell'atto operativo, ma sventuratamente una nuova emorragia, che incolse la paziente nel cuor della notte quattro giorni più tardi, la toglieva di vita.

Questa osservazione per mancanza dell'esame citometrico non permesso prima dell'atto operativo dalla urgenza del caso, e per mancanza di autopsia non riveste una forma rigorosamente scientifica, ma può servire, incitando a nuove prove, a determinarne la maggiore o minore efficacia e a ponderare meglio colla scorta dei fatti le ragioni che militano pro e contro di essa nel campo puerperale. Nel caso attuale, per convinzione unanime dei presenti, essa sarebbesi dimostrata efficace, chè se volesse ammettersi la possibilità che pure senza di essa la paziente si sarebbe riavuta, non meno per questo la trasfusione potrebbe essere accolta favorevolmente in casi consimili o in vista di rendere meno paventabile una nuova emorragia pel rifornimento fatto o in vista di rendere meno gravi le conseguenze ulteriori di una profusa perdita sanguigna. Voglio qui aggiungere prima di por termine a questa mia breve comunicazione due considerazioni sul tecnicismo operativo: la 1ª si è che convenga dirigere sempre la punta del trequarti all'inbasso, affinchè la forza propulsiva del diaframma all'atto inspiratorio non spinga le anse intestinali contro la punta del tre quarti; la 2ª che forse nel campo puerperale sia più commen-

dabile l'uso di un trequarti a punta alquanto tagliente piuttosto che alquanto ottusa come si propose da Golgi e da Raggi. Per le peculiari condizioni anatomiche del peritoneo puerperale, essendo questo poco teso, riesce infatti alquanto più difficile il superarne la resistenza con un trequarti a punta alquanto ottusa, come mi parve nell'atto operativo da me eseguito per la sensazione quasi di strappo che ne ebbi nel trapassarlo, non altrimenti di quello che avviene nel cimentare il taglio degli strumenti col noto tamburo ricoperto di pelle.

CISTOMA MULTILOCULARE DERMOIDE

DELL'OVAJO SINISTRO

OVARIOECTOMIA eseguita dal Prof. Cav. Domenico Chiara

Osservazione raccolta

DAL DOTT. PAOLO NEGRI

Medico 2.° Assistente nella R. Scuola di Ostetricia in Milano

---

Lucia . . . . . di anni 20, nubile, servente: poco confortante è la storia dei collaterali come quella che mostra nella famiglia il retaggio della scrofola nelle sue varie forme; è questa discrasia che la priva in tenera età di cinque fratelli, e di una sorella a 15 anni per gonartrocace. I genitori però sono ancora viventi e godono di buona salute.

A suo ricordo non fu mai obbligata a letto per forme morbose di qualche entità; mestruata la prima volta a 13 anni lo fu poi sempre regolarmente fino al dicembre del decorso 1879; solo in quest'anno lo fu irregolarmente per ritardi che giunsero perfino ai tre mesi.

Per quanto riguarda la storia del morbo per cui dovette ricorrere all'opera del chirurgo, fu nel settembre del 1878 che si accorse di qualche cosa di abnorme nel suo ventre; avvertì allora una tumefazione non dolente in corrispondenza dell'inferiore quadrante di sinistra; crebbe lentamente e non portò mai dolori se si eccettui un anno più tardi e precisamente nel settembre 1879

in cui per 8 dì fu tormentata da dolori al quadrante inferiore destro e pei quali dovette anche occupare il letto.

Da un anno circa va soggetta a disturbi delle vie digerenti: la bocca è impaniata, la digestione lunga, difficile, poca l'appetenza; ma non notò mai disturbi nella defecazione nè nell'emissione delle urine.

All'esame si mostra di media statura, di colorito bruno, dalle labbra un po' tumide, con mucose piuttosto pallide. — La lingua è impaniata, depitelizzata ai margini ed all'apice. — Nessuna lesione d'importanza riscontra l'esame fisico del petto; il fegato è pure contenuto ne' limiti normali, la milza solo è tumida e mentre all'innanzi si porta alla linea ascellare anteriore, posteriormente tocca la colonna vertebrale. — La paziente non subì mai forma infettiva palustre.

L'ispezione dell'addome lo riscontra disteso da una tumescenza alquanto irregolare del volume apparente di un utero gravido a termine; la linea alba è lievemente colorata, appianata la cicatrice ombellicale. La tumefazione ha forma ovoidea colla grossa estremità in alto — la cute che la ricopre non mostra sviluppo venoso quale effetto di compressione della cava o della porta.

La palpazione dà sull'ambito addominale per la massima parte l'impressione di un tumore solido; è però manifestamente fluttuante la porzione inferiore del tumore ove si nota una bozza spingentesi a sinistra della linea mediana, della grandezza di una testa di feto a termine, ed è pure fluttuante la parte alta mediana.

Il limite superiore è segnato da una linea a convessità in alto; ambedue le regioni lombari sono timpaniche, poco estesi movimenti di lateralità sono possibili ma più da sinistra a destra che da destra a sinistra. — La cute è scorrevole in tutto l'ambito addominale.

Il 22 maggio 1880 l'addome offriva le seguenti dimensioni:

Dallo sterno al pube . . . . . Cent. 33

Dal pube alla parte più alta del tumore .	»	31
» alla cicatrice ombellicale . . .	»	16
Circonferenza addom. a livello del bellico	»	79
» al punto più prominente .	»	79
Dalla spina iliaca ant. sup. sinis. al bellico	»	18
» » » destra »	»	16

In tutta la zona sopra-ombellicale trasmissione nettissima dei battiti aortici; nel restante ambito l'ascoltazione è negativa.

Il riscontro vaginale trova l'utero mobile, portato anteriormente ed a destra, spostabile. — Quello rettale un grosso cordone che decorre obliquamente da sinistra a destra; in più comprimendo contro la parte anteriore senso di profonda fluttuazione.

Alle mammelle lievemente colorata l'areola; non si ha sviluppo di quella secondaria; non visibili i tubercoli mammillari — comprimendo sulla ghiandola esce del latte dai capezzoli.

L'urina acida, senza albumina offre il peso specifico di 1022. — Tale esame rischiarava sull'indole del morbo: s' avea a fare con un tumore che sorgeva dagli annessi uterini di sinistra, tumore di indole benigna: a questa diagnosi ci sentivamo confortati e dall'anamnesi e dal lento progredire del morbo in uno alla influenza non grave avuta sul generale organismo.

Riguardo alla conformazione si potea stabilire trattarsi di tumore diviso in parecchie concamerazioni ed in parte solido, a ciò indotti dai risultati della palpazione e dal modo di comportarsi nella trasmissione degli urti attraverso detto tumore. — Alla domanda sulla possibilità di estese aderenze parietali o viscerali, si potea rispondere in modo quasi assolutamente negativo per quest' ultime, si poteano credere di poco conto le prime per la mobilità discreta del tumore non ostante il volume, e per la mancanza di dolori, avendo la giovane una sola volta avvertito dolori nell'inferiore quadrante di destra.

Desiderando la donna di liberarsi in qualsiasi modo da tale incomodo ospite che le rendeva uggiosa la vita, anche a patto

di una operazione pericolosa, non controindicandolo lo stato generale e locale, il signor Professore decise di praticarne la estirpazione, e la fece il dì 27 maggio alle ore 1. 30 pom. in una delle sale della Casa privata di Salute in Milano. — Erano presenti all'atto operativo i Prof. Tibone e Porro, ed i Dott. Monzini, Bennazzi, Mariani, Cattani, Gherardini; assistevano il dott. Mangiagalli e lo scrivente.

Ottenuta l'anestesia cloroformica, preparato convenientemente il campo operativo, approntato il polverizzatore a vapore usando di tutte le cautele antisettiche, dopo aver premessa la siringazione vescicale lasciando a dimora il catetere, si passò all'apertura del peritoneo praticando una incisione lunga circa 12 cent. sulla linea alba: il taglio però cadde alquanto a sinistra in modo da interessare il muscolo retto corrispondente. — Aperto il peritoneo non apparve la cisti ma invece l'omento che con lasse aderenze s'era collocato fra parete addominale e parete cistica: inciso anch'esso apparve splendente e madreperlacea la cisti — la zona scoperta della cisti corrispondeva in gran parte alla parte inferiore che mostravasi fiuttuante: in questa fu piantato il trequarti di Spencer Wells e ne fluì liquido molto denso, filante, in scarsa copia. — Punta una zona superiore sortì scarsa sostanza giallastra molto più densa e con gran copia di peli in essa sospesi. La riduzione di volume per il fatto delle ripetute punture era affatto insignificante e perchè il tumore era in gran parte solido, e perchè il contenuto molto denso non potea farsi strada per le cannule dei trequarti, onde incisa ampiamente le cisti si passò allo svuotamento introducendo dapprima le dita e poi la mano: si estrasse così gran copia di peli, di ossa nonchè di denti, ed in tal modo si riconobbe come buona parte del tumore fosse costituita da una cisti dermoide. Durante tale svuotamento con attenta ed esatta pressione laterale si evitò che anche la più piccola parte del contenuto si facesse strada nel cavo peritoneale. — Diminuito in tal modo considerevolmente il volume del tumore,

cerzioratosi l'operatore introducendo l'intera mano nel peritoneo, che il cistoma non avea aderenze di qualche entità nè coi visceri nè colle pareti, e vedendo che la cisti resisteva ai tentativi di estrazione per il solo fatto del volume, dilatò in alto di 1 ctm. la incisione e combinando le trazioni fatte a mezzo della pinza di Koeberle con pressioni fatte dall'esterno riuscì a condur fuori il tumore al quale tenne dietro la tuba sinistra fortemente distesa e simulante un'ansa intestinale, per raccolta di sostanza giallastra piuttosto densa.

Il peduncolo partiva dal legamento largo sinistro; l'utero piccolo mobile era portato all'avanti ed a destra. Si praticò la legatura segmentale del peduncolo e poi lo si abbandonò nel cavo peritoneale.

Fatta accurata *toilette* addominale, completata con la lavatura a grande getto di acqua fenicata, si praticò la chiusura della breccia con 9 punti di sutura nodosa (seta fenicata), 7 comprendenti l'intera parete addominale, 2 i soli strati cutanei.

La parte solida dell'asportato tumore era del peso di chil. 4. 600 gr. calcolando la parte dispersa (liquido che non fu possibile raccogliere) a chilogr. 2, si avrebbe il complesso di chil. 6. 600. — All'esame risultò una conglomerazione di numerose cisti a pareti fibrose piuttosto spesse: in una di queste abbondantissimi i peli e nelle pareti fissi pezzi di ossa e su questi piantati dei denti.

Medicata secondo i precetti listeriani la operata, e posta a letto, non s'ebbe a lamentare il più piccolo disturbo — la siringazione fu praticata dapprima ogni tre ore, poi ogni sei ore — e si dovette continuarla fino alla 9ª giornata. — Pei primi dì si applicò la vescica di ghiaccio sull'addome, vescica però che giovava alla paziente più per il fatto del peso che per quello del freddo.

Senza tediare il lettore con una diaria particolareggiata, basterà riportare l'andamento della temperatura e del polso:

27 maggio	. .	sera	T. 38	. . P. 88
28 »	. .	mattina	T. 38.3	. . P. 90

28	maggio	. .	sera	»	38.2	. .	» 96
29	»	. .	mattina	»	38.2	. .	» 90
	»	. .	sera	»	37.7	. .	» 88
30	»	. .	mattina	»	37.2	. .	» 80
	»	. .	sera	»	38	. .	» 90
31	»	. .	mattina	»	38	. .	» 80
	»	. .	sera	»	37.7	. .	» 80

Da questo momento l'apiressia si mantenne costante.

In 7ª giornata furono tolti i 2 punti superficiali e 3 dei profondi; nella 9ª tutti gli altri e rimpiazzata la medicazione con listerelle di cerotto fenicato.

In 11ª giornata abbandonava il letto per qualche ora — la convalescenza fu rapidissima, e riveduta in 20ª giornata lo stato generale era già avviato ad un rapido e cospicuo miglioramento.

25 giugno 1880.

QUÀ E LÀ PER IL REGISTRO CLINICO

dell'anno 1878.

Lettere-rendiconto del Prof. Cav. DOMENICO CHIARA
al signor Cav. ROMOLO GRIFFINI
Medico-Direttore dell'Ospizio Provinciale degli Esposti e delle Partorienti

---

Lettera 1.ª

Una franca confessione — Poco credito in cui sono tenuti i rendiconti clinici — Ragioni speciali di ciò — Libertà di forma e promessa di fruirne largamente — Prospetti statistici — Loro necessità — Rettorica delle cifre — Proposito di non peccare.

STIMATISSIMO COLLEGA, EGREGIO AMICO:

A dirla qui, tra noi, *in camera charitatis*, la *redazione* di un rendiconto clinico è tanto *poco attraente*, quanto *poco piacevole* n'è la lettura... seppure all'autore tocca la ventura di aver lettori! Giudico saggio e prudente questo *se pure* posciachè i rendiconti clinici godono presso l'universale un credito assai limitato, correndo quasi indiscusso l'avviso che sì fatti lavori siano sterili tanto per la scienza che per la sua applicazione pratica in forma di terapia. Con tutto, e malgrado ciò, debbo dirle, egregio amico, che (incredibile sed verum) mi giunse grato l'invito fattomi, non è gran tempo, di stendere in quella forma che mi tornasse più accetta, un rendiconto clinico per l'anno 1878 il quale dovesse far compagnia a quello che la S. V. ogni anno elabora per la Onorevole Deputazione Provinciale.

Due sono le circostanze che spiegano la *forse* impreveduta impressione fattami dall'invito di lei; la prima, molto importante, è questa, che cioè una ricca sequela di avvenimenti, e proprio di quelli che si dicono gravi e importanti, e giudicansi forniti di molto interesse e fonte d'istruzione per i *periti* e gli *indotti*, ha dato all'anno clinico 1878 un carattere spiccato di eccezionalità, facendolo iscrivere, con una *nota di distinzione*, negli annali dell'Ospizio.

L'altra circostanza, che la modestia dovria vietarmi di accennare, è l'accoglienza più che favorevole trovata presso i Colleghi specialisti dalle conferenze-rendiconto dell'anno 1877. Cotesta accoglienza venuta in tempo per provarmi che il mio annuale *redde rationem* non è poi così sterile come la più parte giudica di sì fatti lavori, mi sprona a mettermi all'opera con buona lena onde soddisfare in quel modo migliore che mi sarà concesso, il desiderio espressomi dalla S. V. di avere anche per l'anno 1878 qualche informazione statistica incorniciata da quelle considerazioni che vi potessero trovar fondamento, e il tutto rivestito della forma che sarà per essermi gradita.

Premetto, egregio amico, che di sì fatta libertà con tanta cortesia concessami, farò largo uso, parendomi se non il solo, il più acconcio modo per evitare ripetizioni facili ad occorrere nel resoconto di una clinica *ch'è sempre quella*, chè all'ostetrico non è dato, come al chirurgo e al medico, di scegliere i soggetti, rifiutare o accogliere certi casi che valgono a dare quella varietà, quel moto, quell'interesse alle cliniche loro, che forzatamente farà difetto sempre agli Ospizî di Maternità: questi devono accogliere sotto le loro grandi (o piccole) ali quanto vi occorre senza distinzione, con uguale sollecitudine ed amorevolezza, e i casi clinici che rappresentano il modo fisiologico o morboso col quale si esplica la vita sessuale nello stato di maternità non hanno una *varietà infinita!* La stessa libertà di forma parmi ancora il modo più acconcio per procacciare al mio scritto, in tanta uni-

formità di elementi, o fattori, un po' di varietà dalla quale derivi un certo invito alla lettura.

Nel rendiconto per l'anno 1876 la S. V. ricorderà forse ch'io mi tenni piuttosto in sulle generali: due soli punti toccai da vicino e con dovizie di particolari, quello cioè che concerne *alla mortalità consecutiva* alle operazioni: confrontandola con quella di altri Ospizî ella ricorderà che la nostra trovammo minore; e quell'altro *della necessità* in cui siamo qui, in questo nostro Istituto, e per l'indole sua, e per un cumulo di altre ragioni, di ricorrere con frequenza grande all'opera dell'arte, donde il numero cospicuo di atti operativi, la cui somma si mantiene quasi costantemente uguale da un anno all'altro.

Nelle conferenze-rendiconto dell'anno 1877 feci larga parte a quella che si suol chiamare medicina interna, e trattai un po'diffusamente de' fenomeni riflessi, o *simpatici*, della gravidanza, della *sifilide* e delle *cardiopatie* nel corso della gestazione, dell'*albuminuria nefritica* ed *uremia;* di guisa che qualche lettore avrebbe potuto osservare che la parola mia fosse piuttosto di un clinico medico, rivolta in una sala medica a cultori di medicina interna, più che di un ostetrico in un Ospizio di Maternità, o a giovani medici in esso praticanti.

Mi piace supporre che l'osservazione sia stata fatta, e che la medesima suoni come un rimprovero al mio indirizzo: ebbene, egregio amico, dichiaro fin d'ora che siffatto rimprovero non potrà venir diretto al rendiconto di quest'oggi; tutto vi sarà ostetrico, puramente, prettamente ostetrico; e se talvolta mi occorresse di varcare i confini del campo della specialità, prometto che sarà per brevi momenti, e per quel tanto che vorrà permettere il *libero scambio* del quale sono adoratore, e che rientrerò nella mia cerchia senza essermi fatto reo di usurpazioni o *depredazione!*

Un rendiconto clinico senza cifre, senza prospetti statistici, senza somme non sarebbe possibile; la natura della cosa lo vuole e « *chassez le naturel, il reviendra au galop* ». Adunque inchi-

nandomi riverente a cotesta legge di natura, schiero qui li miei prospetti statistici, quelli che rappresentano i fattori più importanti del bilancio clinico che intendo esporre e che misero a prova la pazienza della signorina Bertocchi, levatrice maestra, che li redigeva e pei quali la ringrazio.

Anno 1878 — Prospetti statistici

I. — Numero delle ricoverate.

	sane	malate		sane	malate
Gennaio	24	3	Luglio	29	1
Febbraio	22	—	Agosto	30	—
Marzo	15	—	Settembre	27	1
Aprile	31	2	Ottobre	26	2
Maggio	17	1	Novembre	22	—
Giugno	28	—	Dicembre	22	—
Totale N.	137	6	Totale N.	156	4

Totale generale Ricoverate N. 303.

II. — Età delle ricoverate.

Da 15 a 25 anni	N. 157	N. 303.
» 26 » 35 »	» 117	
» 36 » 46 »	» 29	

III. — Mestieri delle ricoverate.

			Riporto	N.	278
Serve e cuoche	N.	84	Lavoratr. in tende persiane	»	2
Contadine	»	81	Operaie alla fabbr. tabacchi	»	4
Sarte	»	20	Lavoranti in paglia sigari	»	1
Cameriere e stiratrici	»	15	Lavoranti in capelli	»	1
Cucitrici e ricamatrici	»	23	» in zolfanelli	»	1
Tessitrici e filatrici	»	15	Benestanti	»	3
Attend. alle cure domest.	»	19	Bambinaia	»	1
Operaie giornaliere	»	13	Orlatrice	»	1
Guantaie	»	1	Suonatrice ambulante	»	1
Passamantiera	»	1	Merciaia	»	1
Lavoratr. in seta	»	4	Fruttivendole	»	3
» in sciarpe uomo	»	1	Portinaie	»	3
» in buste lettere	»	1	Prostitute	»	4
Totale	N.	278	Totale	N.	304

IV. — Modo e numero dei parti.

Naturali o spontanei	N. 203
Distocici	» 98
Totale	N. 301

(*NB.* Fra gli spontanei contano 3 per la spalla col meccanismo dell'evoluzione podalica).

V. — Epoca dei parti.

A 4 mesi	N. 2
» 5 »	» 1
» 6 »	» 1
» 7 »	» 9
» 8 »	» 39
Totale	N. 52

Riporto	N. 52
Al principio del 9.° mese	» 30
Dopo la prima 15.ª del 9.°	» 39
A termine	» 172
Tardivi	» 8
Totale	N. 301

VI. — Presentazioni e posizioni.

Vertice

O I S A	N. 170
» » » T	» 2
» » » P	» 1
» » D A	» 19
» » » T	» 3
» » » P	» 87
Sconosciute	» 2
Totale	N. 284

Natiche.

S I S A	N. 2
» » » P	» 1
» » D A	» 2
» » » P	» 3
Sconosciuta	» 1
Totale	N. 9

Spalla destra.

Dorso anteriore	N. 4
» posteriore	» 4
Totale	N. 8

Spalla sinistra.

Dorso anteriore	N. 2
» posteriore	» 2
Totale	N. 4

Totale N. 12.

Totale generale delle presentazioni N. 305.

VII. Numero dei feti nati nei mesi di:

	vivi	morti
Gennaio	21	1
Febbraio	29	3
Marzo	18	2
Aprile	19	2
Maggio	25	2
Giugno	27	3
Totale	N. 139	13

	vivi	morti
Luglio	26	—
Agosto	18	4
Settembre	26	7
Ottobre	31	1
Novembre	17	2
Dicembre	18	2
Totale	N. 136	16

Totale: vivi N. 275, morti 29.— Totale generale feti N. 304.

NB. Nel mese di marzo un parto gemello
» maggio un » »
» giugno due » » ; ciò darebbe un totale di 305 bambini che vuol essere diminuito di *uno* perchè nell'aprile fu ricoverata una donna per il secondamento dopo sgravatasi del bambino a domicilio

VIII. — Età e vitalità dei bambini.

Nati vivi a termine	N.	170
» precoci	»	33
» prematuri	»	70
» abortivi	»	1
Premorti al parto macerati o putrefatti	»	6
Morti in travaglio spontaneo	»	2
» » artificiale durante o per l'atto operativo	»	20
Aborti di tre mesi	»	2
Totale	N.	304

IV. — Stato di conformazione morbosa dei neonati e ammalati nel tempo di soggiorno nell'ospizio.

Bambini bene conformati	N.	298
» con ipertrofia del lobo destro della glandula tiroide	»	1
Labbro leporino semplice	»	1
» » a gola di lupo	»	2
Ciclopia incompleta	»	1
Diti mignoli soprannumerari	»	1
Morti nelle prime 24 ore dalla nascita per emorragia intracraniana	»	5
Malati di oftalmia purulenta doppia	»	6
» » » occhio sinistro	»	2
» » » » destro	»	1
» » » doppia e funghillo	»	1
» funghillo semplice	»	2
» » e cefalo-ematoma (operato con successo)	»	1
» paralisi facciale sinistra (da forcipe)	»	2
Totale	N.	324

Di questi consegnati all'Ospizio o alle loro madri N. 278.

X. — Liberazione.

Normale casi	N. 282
Complicata da emorragia casi	» 13
Artificiale per aderenze »	» 5
» » aborto »	» 1
	N. 301

XI. — Stato anatomico degli annessi.

Placenta a rachetta	N. 2
» velamentosa	» 1
Degenerazione fibro grassosa della placenta	» 3
» fibrinosa » »	» 1
Apoplessia della placenta	» 1
Grosso gavocciolo del cordone	» 1
	Totale N. 9

STATO MORBOSO DELLA MADRE.

XII. — Gravidanza.

Disordini o malattie dell'apparato nervoso.

Turbe nervose riflesse o fenomeni simpatici	N. 172	
Uremia - Varietà dispnoica	» 1	
» - » vasomotoria cerebrale	» 2	
Epilessia	» 1	
Istero-epilessia	» 1	
Ischialgia sinistra	» 1	
» destra	» 3	
Odontalgia	» 1	
		N. 182

Apparato circolatorio.

Insufficienza della mitrale	N. 2	
Edema meccanico	» 7	
Anasarca semplice	» 1	
Varici agli arti inferiori e pudendo esterno	» 12	
Periflebite crurale destra	» 1	
Ulcera da varici al terzo inferiore della gamba destra	» 1	
		N. 24

Apparato respiratorio.

Tubercolosi polmonale	N. 1	
Catarro bronchiale	» 3	
Edema polmonale	» 2	
	—— N.	6

Apparato sessuale, orinario e locomotore.

Poliartrite (e sifilide)	N. 1	
» e insufficienza mitrale	» 1	
Cistite catarrale	» 3	
Metrite cervicale	» 1	
Vegetazioni semplici ai genitali	» 3	
Albuminuria da stasi renale	» 3	
» e nefrite cronica e cardiopatia	» 1	
» da nefrite cronica con edema e gangrena ai genitali	» 1	
	—— »	14

Apparato gastro enterico.

Entero colite	N. 2	
	—— »	2

Malattie parassitarie animali della cute.

Scabbie	N. 4	
	—— »	4

Malattie degli organi dei sensi. — Apparato oculare.

Flemone dell'occhio sinistro con ulcera e perforazione della cornea (traumatica)	N. 1	
	—— »	1

Morbi infettivi cronici.

Sifilide	N. 7	
	—— »	7

Distrofie costituzionali.

Osteomalacia	N. 2	
Anemia di II grado	» 4	
» grave	» 1	
		N. 7

STATO MORBOSO DELLA MADRE.

XIII. — Puerperio.

Malattie accidentali mediche. — Apparato nervoso.

Contratture	N. 2	
Paraplegia semplice	» 1	
Irritabilità spinale	» 1	
Emicrania (da anemia secondaria)	» 1	
Mania	» 1	
		» 6

Apparato respiratorio.

Catarro bronchiale semplice	N. 2	
Bronco alveolite	» 3	
Pneumonia destra	» 1	
Pleuro-pneumonia sinistra	» 2	
Idrotorace doppia da insufficienza mitrale	» 1	
		» 9

Apparato locomotore.

Monoartrite radio carpea	N. 1	
		» 1

Processi puerperali.

Febbre traumatica	N. 9	
Involuzione lenta	» 4	
Setticemia semplice { acuta	» 8	
Setticemia semplice { lenta	» 3	
Setticemia con mastite metastatica	» 1	
Icoremia	» 1	
Flebite uterina e linfangite e penitonite generale.	» 1	
A riportarsi		N. 27

Riporto	N. 27	
Flebite crurale destra	» 1	
Peritonite infettiva generale	» 16	
» traumatica	» 1	
Risipola e cangrena genitale	» 1	
Perimetrite	» 25	
Risipola facciale	» 1	
Peritonite e pleuropolmonia doppia	» 2	
Difterite vaginale linfangite uterina e peritonite consecutiva	» 1	
Idio-metrite	» 5	
Parametrite	» 22	
Endometrite	» 21	
» emorragica	» 2	
Difterite vulvo vaginale	» 3	
Fistola vescico cervicale	» 1	
		N. 129

Malattie da allattamento.

Ingorgo mammario sinistro	» N. 9	
Ragadi	» 3	
Risipola e mastite destra	» 1	
Mastite destra semplice suppurata	» 2	
		» 15

Lesioni spontaneo-traumatiche della pelvi e del canale vagino uterino.

Rotture dell'utero { spontanee	N. 1	
Rotture dell'utero { da maneggi operativi	» 2	
Distrazioni delle sinfisi pelviche e perimetrite	» 1	
» della sinfisi pubica, suppurazione e peritonite settica consecutiva	» 1	
		» 5

XIV. — Mortalità delle puerpere.

Embolismo aereo	N. 1	
Icoremia	» 1	
Setticemia	» 4	
Peritonite sola	» 9	
A riportarsi		N. 15

Riporto	N. 15	
Peritonite con pleuro-polmonia	» 2	
Setticemia lenta	» 1	
Collapso	» 2	
Nefrite interstiziale	» 1	
Peritonite traumatica	» 1	
Rottura spontanea dell'utero	» 1	
» traumatica »	» 2	
Linfangite uterina e peritonite consecutiva	» 7	
Perimetrite	» 1	
Linfoflebite e peritonite	» 1	
		N. 34

NB. Di queste furono operate di decollazione con rottura d'utero	N. 1	
Di rivolgimento con rottura d'utero	» 1	
» cefalotrissia con rottura d'utero	» 1	
» parto prematuro artificiale semplice	» 2	
» » » completato col forcipe	» 1	
» » » completato coll' uncino acuto (evisceramento	» 1	
» » » e craniotomia	» 1	
» applicazione di forcipe	» 1	
» amputazione utero ovarica	» 1	
		» 10

XV. — Mortalità mensuale delle puerpere.

Gennaio	N. 0	Luglio	N. 2
Febbraio	» 2	Agosto	» 3
Marzo	» 3	Settembre	» 8
Aprile	» 4	Ottobre	» 3
Maggio	» 2	Novembre	» 1
Giugno	» 5	Dicembre	» 1
Totale	N. 16	Totale	N. 18

Totale generale N. 34.

XVI. — Accidenti emorragici in gravidanza.

Per granulazioni del collo uterino	N. 1	
		N. 1

In travaglio abortivo.

Aborto di 4 a 5 mesi	N.	2	
			N. 2

In travaglio prematuro e a termine e prima del secondamento.

Nel periodo dilatante	»	1	
» » espulsivo	»	1	
Per tutto il tempo del travaglio	»	1	
			» 3

Durante e dopo il secondamento.

Per ritensione della placenta	N.	1	
» distacco incompleto della placenta	»	2	
» » » » » ed inerzia uterina	»	8	
			» 11

Subito dopo il secondamento e per inerzia uterina

Emorragie interne	N.	8	
» esterne	»	5	
» miste	»	2	
			» 15
Da lacerazione del collo	N.	5	
» profondissime incisioni vulvari	»	1	
			» 6

Tardive.

Un'ora dopo il parto	N.	2	
12 ore dopo	»	1	
Nel 6.° giorno	»	1	
» 7.° »	»	1	
» 8.° »	»	1	
» 9.° »	»	1	
» 11.° »	»	2	
» 12.° »	»	1	
» 22.° »	»	1	
» 28.° »	»	1	
» 32.° »	»	1	
			» 13
		Totale	N. 51

XVII. — Liberazione.

Naturale	N.	282	
Complicata da emorragia casi	»	13	
Artificiale per aderenza della placenta	»	5	
» » ed emorragia in aborto	»	1	
			N. 301

XVIII. — Operazioni e comuni sussidi chirurgico-ostetrici.

Forcipe.

Nello stretto superiore	N.	6	
» scavo	»	4	
» stretto perinale	»	6	
			N. 16

Estrazioni manuali.

Estrazione podalica completa	N.	2	
» della testa e delle braccia in presentazione di natiche	»	1	
» della testa e del braccio destro	»	1	
			» 4

Versioni.

Versione podalica semplice	N.	2	
» completamento dell' evisceramento	»	1	
			» 3

Isterotomie.

Istero-stomatotomia semplice	N.	1	
Ovaro isteroectomia cesarea	»	2	
			» 3

Riposizioni di parti procidenti.

Riposizioni di arti	N.	1	
» di cordone (di cui 2 insuccessi)	»	3	
			» 4
		A riportarsi	N. 30

Riporto N. 30

Interruzioni artificiali della gravidanza dal 7.° al principio del 9.° mese.

Interruzioni semplici	N. 8	
» completate da atto operativo	» 7	
		» 15

NB. Si fece 4 volte ricorso alla pilocarpina con risultamento sempre negativo.

Manovre oxitociche.

Introduzione di una candelletta elastica nel cavo uterino per rianimare la contrazione	N. 10	
Introduzione di una candelletta elastica nel cavo uterino per rianimare la contrazione seguita dalla doccia ascendente d'acqua calda	» 3	
		» 13
Doccie d'acqua calda vagino uterine	N. 3	
Puntura delle membrane per idramnios	» 1	
» » » per emorragia	» 1	
Incisioni vulvo perineali per evitare le lacerazioni del perineo	» 20	
		» 25

Embriotomie.

Trapanazione e cranioclaste	N. 1	
» e cefalotribo Lollini	» 1	
» » Guyon	» 3	
Cefalotrissia Guyon completata con l'uncino acuto	» 1	
Decollazione coll'uncino di Braun	» 1	
Brachiotomia ed exenterismo	» 1	
Evoluzione podalica artificiale coll'uncino acuto	» 1	
Complemento dell' evoluzione podalica mediante l'uncino acuto	» 3	
NB. Ai predetti atti operativi aggiungere i casi di liberazione artificiale già notati	» 6	
		» 18
	Totale	N. 101

XIX. — Durata del periodo espulsivo.

Meno di un'ora	N. 194
Fino a due ore	» 81
Più di due ore	» 26
Totale	N. 301

XX. — Vizi di conformazione della pelvi.

I. *Vizî non preceduti nè prodotti da malattie dello scheletro.*

A. Semplicemente piatti	N. 32	
B. Totalmente (regolarmente o irregolarmente) ristretti	» 39	
C. Imbutiformi	» 1	
		N. 72

II. *Vizî prodotti da malattie dello scheletro.*

A. Piatti rachitici	N. 13	
B. Rachitici irregolari	» 7	
C. Pseudeosteomalacici	» 4	
D. Cifoscoliorachitico	» 1	
E. Osteomalacici	» 3	
F. Vizio per lussazione postero-superiore sinistra del femore con atrofia della metà omonima dello scheletro	» 1	
		» 101

Grado di ristrettezza nel senso antero posteriore.

Con la CV da 95 a 90	N. 60
» » » » 90 a 81	» 25
» » » » 80 a 71	» 9
» » » » 70 a 65	» 3
» » » Meno di 65	» 4
	» 101

XXI. — Nota esplicativa delle operazioni praticate nelle ristrettezze pelviche.

N. 3. Pelvi rachitica cifoscoliotica C. D. mm. 90, procidenza del cordone — riposizione manuale — infezione in travaglio — inerzia uterina — forcipe — morte del feto e della donna.

» 43. Pelvi totalmente e irregolarmente ristretta C. V. 76 — parto prematuro artificiale colla siringa — morte del feto e della donna.

» 46. Pelvi rachitica piatta C. V. 74 — feto morto putrefatto — cranioclaste — donna salva.

» 51. Pelvi rachitica piatta C. V. 75 — feto morto putrefatto — cefalotribo Guyon — madre salva.

» 61. Pelvi semplicemente piatta C. V. 78 — parto prematuro provocato con doccie e siringa — esito felice.

» 66. Bacino totalmente e regolarmente ristretto C. V. 85 — forcipe — esito felice.

» 76. Pelvi rachitica piatta C. V. 90 — inclinazione del parietale posteriore — minaccia di collapso — forcipe — esito felice.

» 87. Pelvi osteomalacica — 7ª gravidanza al principio dell' 8. mese — parto prematuro artificiale per rallentare il corso del morbo — esito felice.

» 91. Pelvi rachitico — osteomalacica — Diam. sacro pubico inferiore 67 mm. — feto premorto all'ammissione della donna nell'Ospizio — cefalotribo Guyon — distrazione della sinfisi pubica — suppurazione e peritonite consecutiva — morte della donna.

» 103. Pelvi rachitica irregolarmente ristretta C. 60 — amputazione utero-ovarica — madre morta — feto salvo.

N. 110. Pelvi rachitica piatta C. V. 70 — feto morto prima dell'ammissione della donna nell'Ospizio — tetano dell'utero — cefalotrissia Guyon — madre salva.

» 116. Bacino semplicemente piatto C. V. 85 — feto mostruoso (ciclopsia) — liberazione artificiale per aderenza della placenta — esito felice.

» 119. Bacino rachitico triangolare C. V. 80 — morte del feto e distacco dell'utero dal fornice vaginale prima del ricovero della donna — cefalotribo Lollini — morte dell'operata 20 ore più tardi.

» 120. Pelvi totalmente e regolarmente ristretta C. V. 80 — parto prematuro artificiale — feto morto in travaglio — donna salva.

» 130. Pelvi semplicemente piatta C. V. 85 — procidenza del cordone pulsante — forcipe allo S. S. — esito felice.

» 190. Pelvi piatta rachitica C. V. 86 — degenerazione fibrosa da pregressa parametrite — parto prematuro artificiale colla siringa — presentazione della spalla sinistra — dorso posteriore — morte del feto in travaglio — versione impossibile — evoluzione forzata coll'uncino acuto — morte della donna di peritonite settica.

» 199. Pelvi rachitica piatta C. V. 85 — parto prematuro artificiale — forcipe allo S. S. — feto salvo — madre morta.

» 201. Pelvi rachitica totalmente ristretta C. V. 80 — parto prematuro artificiale colla siringa — infezione sull'esordio del travaglio — morte del feto in soprapparto — craniotomia allo stretto inferiore per inerzia dell' utero — morte quasi fulminea della donna.

» 202. Pelvi rachitica piatta C. V. 64 — feto morto in travaglio per procidenza del cordone prima del ricovero della donna — cefalotribo Guyon — esito buono.

» 215. Pelvi semplicemente piatta C. V. 85 — inerzia uterina — forcipe — esito felice.

N. 227. Pelvi totalmente ristretta C. V. 90 — forcipe in basso — esito felice.

» 230. Pelvi semplicemente piatta C. V. 88 — spalla sinistra — dorso anteriore — cordone procidente e non pulsante — evoluzione podalica incominciata — compimento coll'uncino acuto — esito felice.

» 237. Pelvi nana C. V. 90 — parto prematuro nell'8° mese — estrazione podalica manuale — estrazione della placenta — esito felice.

» 239. Pelvi totalmente e regolarmente ristretta — atrofia dei genitali esterni — profonde incisioni vulvo-perineali per salvare il perineo — esito felice.

» 243. Pelvi atrofica C. V. 90 — feto voluminoso — forcipe nello scavo — esito felice.

» 250. Pelvi osteomalacica — stenosi di 3° grado — amputazione ovaro-uterina — esito felice.

» 252. Pelvi rachitica piatta C. V. 80 — parto prematuro artificiale colla siringa — esito felice.

» 260. Pelvi semplicemente piatta C. V. 90 — corpo perineale distrutto e fistola retto-vaginale — resistenza da tessuto cicatriziale nella vagina — volume del feto — forcipe — esito buono.

» 261. Pelvi rachitica piatta C. V. 70 — parto prematuro artificiale colla siringa — forcipe impotente — cefalotribo Guyon — morte della donna e del feto.

» 263. Pelvi rachitica piatta C. V. 80 — parto prematuro artificiale — esito buono.

» 267. Pelvi normale — resistenza anatomico-patologica del collo dell'utero — isterostomatomia — forcipe — esito buono.

» 268. Pelvi nana C. V. 90 — forcipe in basso — esito felice.

» 296. Pelvi nana C. V. 80 — inerzia — forcipe allo S. superiore — esito felice.

N. 298. Pelvi rachitica piatta C. V. 90 — estrazione manuale della testa — esito felice.

» 300. Pelvi rachitica piatta C. V. 77 — spalla sinistra — dorso anteriore con procidenza delle due braccia — feto ottimestre — ripetuti tentativi di versione a domicilio — exenterismo e poi evoluzione podalica mediante l'uncino acuto — donna salva.

La S. V. troverà per certo che i prospetti presentati sono assai numerosi, e che volendo di tutti dire e discutere il *come*, il *quando* e il *perchè*, darei al mio rendiconto proporzioni non desiderate, nè convenienti, nè utili; mi affretto, egregio collega, di tranquillare la possibile e ragionevole sua trepidazione, tanto più che in lei intravedo un lettore, ed è mio interesse non ispaventarla; pochissimi tra i quadri esposti formeranno argomento alle mie considerazioni, e ne troverà la prova nella prossima ventura lettera, se, come spero, vorrà usarle la cortesia di una occhiata; aggiungo che in essa, e in quelle che la seguiranno, porrò molta cura di non tormentare troppo le cifre; anche nella statistica la moderazione non si trova in disagio, e sta bene *il ne quid nimis*, e non sarà mai tale moderazione quella che caccierà il vero o gli farà velo. Per natura e per progetto fui ognora, e mi mantengo, nemico della rettorica e delle molte sue forme; non incapperò adunque nel biasimo di aver accarezzato la rettorica delle cifre, la quale è tanto più pericolosa, quanto meno apparente n'è la natura come quella che si presenta colla dimessa e prosaica veste de' numeri e del conteggio.

1.° Maggio 1879.

Lettera 2.ª

Esecuzione sommaria di molti quadri statistici — Un caso di *uremia dispnoica* — Il *numero plurale* nel valore dei fatti — Logica d'altri e logica nostra — La dispnea uremica puerperale non è rara — Durata del travaglio — Sterilità pratica della statistica pertinente a questo punto — Prove tratte da poche cifre molto eloquenti — Lacerazioni vagino-vulvo-perineali prodotte dal parto — Modo migliore di schivarle, o di tenerle in limiti non pericolosi.

Stimatissimo Collega, Egregio Amico:

Memore delle promesse, e fermo nel proposito di mantenerle, *condanno al silenzio* la massima parte dei quadri statistici, sebbene non manchi qua e là materia per considerazioni di non piccolo valore pratico sia nel rispetto della patologia che in quello della terapeutica, come nel rispetto della igiene, della fisiologia e della stessa sociologia. Mi arresto però al prospetto N. 12, ma il tempo soltanto strettamente necessario per additare alla S. V. tra le malattie dell'apparato nervoso che furono osservate in gravidanza, la *uremia dispnoica* dalla quale venne colpita la ricoverata N. 140.

L'Autore dell' art. *Eclampsia* nell' Enciclopedia medica italiana non ha fatto buon viso alla forma morbosa da me descritta nella 2.ª conferenza dell'anno scorso col titolo: « *Dispnea asmatiforme uremica* »; ecco come l'Autore si esprime e come spiega il suo rifiuto. « Il Chiara ha di questi giorni illustrato un caso clinico » che a suo modo di vedere dovrebbe militare in favore della » esistenza di una forma dispnoica uremico-puerperale. Che mi » sappia *questo caso è troppo isolato* per potergli concedere grande » valore (nota 1.ª alla colonna 2.ª della pag. 330, fasc. 141-142) ».

In *primis* dirò che nello scritto mio citato dal dotto Autore i casi riportati sono *due,* uno raccolto nell'Ospizio milanese, e l'al-

tro in quello di Parma: non è adunque molto esatto scrivere *che il caso è troppo isolato:* ma foss'anche solo, *credo* non far ingiuria alla logica *credendo* che il suo valore non debba perdere per ciò; un sasso lanciato in aria prova, cadendo, la gravità o l'attrazione, tanto solo quanto in compagnia di cento. V'ha un modo solo, per me, o per la mia logica, di togliere ogni valore a *un fatto*, ed è quello di mostrarne la insussistenza, il difetto di fondamento, oppure la erroneità della interpretazione e della genesi. Adunque per distruggere ogni valore al mio caso il Chiarleoni nella sua nota doveva negarlo affatto, dimostrando trattarsi di dispnea cardiaca, polmonare o altra; ciò non avendo fatto, come la logica voleva, il valore del fatto rimane assolutamente intiero foss'anche *troppo isolato;* ma neppure ciò sta. Ed invero i due casi riferiti nella mia conferenza, quello presentatoci dalla ricoverata N. 140 dell'anno 1878, due caratteristici in sommo grado che osservammo nell'inverno dell'anno corrente e ancora nel nostro Istituto, portano a cinque i casi raccolti in breve spazio di tempo, e da un osservatore solo: il numero è ora francamente plurale, e spero che sia tanto da fugare lo scientifico dubbio dell'accennato scrittore, sostituendovi la convinzione che, se non nel libro, almeno nel suo spirito gli faccia mutare la sentenza che segue, parsami alquanto dogmatica. « Laonde conchiuderemo » che fino a quando non sarà *dimostrato all'evidenza* potersi ve- » rificare nello stato puerperale una forma uremica comatosa o » dispnoica, non si potrà parlare indifferentemente di eclampsia e » uremia puerperale (1) ». Non posso prevedere tutta la estensione che l'Autore darebbe al pensiero « *fino a quando non sarà dimostrato all'evidenza* »; ma se per dare la evidenza bastasse il numero plurale dei fatti, potrei dirgli che oltre i cinque casi citati di uremia dispnoica, non è passato gran tempo da che m'av-

(1) *Enciclopedia Italiana,* articolo *Eclampsia,* del dott. Chiarleoni, Consulente ostetrico di Santa Corona.

venne di osservare fuori dell'Ospizio un caso di uremia delirante in donna gravida di 8 mesi e primipara, e un caso di uremia comatosa (seguita da paralisi facciale) in altra primipara gravida pure di 8 mesi; nella 1.ª l'albumina era copiosissima, nella 2.ª poco abbondante; in ambedue provocai il parto, con successo completo nel 2.° caso, e insuccesso nel 1.° (uremia delirante).

Casi consimili saranno veduti da qualunque pratico cui non faccian velo le preconcezioni, posciachè nulla si oppone, nè da parte della fisiologia, nè da parte della patologia, che una donna già malata di nefrite possa ingravidare, o che la donna gravida possa venir colpita da nefrite; e da questo momento pure non so vedere perchè la donna gestante già nefritica, o diventata tale, non possa venir colpita da una o più forme di uremia, da quella ch'io chiamo *vaso-motoria cerebrale* (e il Chiarleoni continua a chiamare inesattamente, a mio avviso, *prodromi dell'eclampsia* anche quando tra gli uni e l'altra corran più settimane, 22 giorni com'è scritto a pag. 322 del citato articolo) alla *forma gastrica, convulsiva clonica, o tonica, o delirante*... e qui chiudo questa specie di parentesi un pochino personale per dedicarmi *tutt'intiero* alla questione che ci presenta il prospettino N. 19 col titolo « *Durata del periodo espulsivo* ».

La statistica da quella grande ed ostinata curiosa qual'è, quale dev'essere, mise le sue non sempre normalissime pupille, dentro la questione della durata del travaglio, e tutto volle vedere, tutto tradurre in cifre di ore e di minuti, *durata totale del travaglio, durata di ciascun periodo, numero e durata delle contrazioni uterine tempo intercorrente tra contrazione e contrazione, tra l'esordio del travaglio e la rottura delle membrane, tra la rottura di queste e la espulsione del feto, tra questa e quella degli annessi, ecc., ecc.,* e dopo aver tutto numerato, casellato, proporzionato, trasse una serie di conclusioni che dovrebbero far da norma per il miglior governo dell'importantissimo atto funzionale ch'è il parto. La statistica raggiunse lo scopo? Lo raggiunse tutto? L'ha raggiunto

bene? Da parte mia serbo tali e tanti dubbi, che se mi faccio a sommarli trovo che la somma, per la sua importanza, piglia l'aspetto di una formale negazione.

Difatti la statistica dopo aver preteso d'aver dimostrato che la mortalità conseguente al parto sta in ragione diretta della durata, volle stabilire il punto critico, il momento nel quale il travaglio, perdendo il suo attributo di atto funzionale, e quindi fisiologico, passa nel dominio patologico, diventando causa occasionale dapprima, e poi determinante di accidenti più o meno gravi. Orbene, su cotesto ch'è pure argomento di vitale importanza, v'ha nelle cifre messe in campo tanta varietà quasi quanta ne presenta la durata istessa del travaglio. V'hanno autori e clinici che insegnano doversi aiutare artificialmente quel parto il cui periodo espulsivo dura già da due ore, ve n'hanno invece che portano a tre, altri a cinque ed altri a sette il *quantum* di ore che giudicano inoffensivo; altri infine (ed io tra questi) rispettando la statistica e i suoi numeri, ma non lasciandosi dominare o dirigere da essi, metton mano allo strumento assai più presto, alquanto più tardi, e magari *assai* più tardi di quanto la statistica *comanda;* gli è che ogni caso speciale domanda uno speciale governo, chè le leggi generali in questo punto *di biologia* sono tuttora un desiderio.

Ed eccole dette implicitamente le ragioni delle cifre che sono nel prospettino N. 19: esse le dicono, o meglio le ripetono ciò ch'ella, egregio amico, sa da qualche anno, vale a dire che tra la molta aspettazione ed il pronto intervento, io mi metto volontieri dalla parte dell'ultimo, fatto sicuro dall'esperienza che con esso si consegue maggior somma di utile per la madre e per il feto. Gli è un punto questo che conto dimostrare più tardi; ora importa che provi la verità della mia, in apparenza molto audace, asserzione che la *statistica cumulando cifre su cifre relativamente alla durata del parto, non ha raggiunto uno scopo pratico, ma fatto come.. ,. la nebbia che lascia il tempo cui trova.* Ella sa, sti-

matissimo collega, che tra i mezzi di scongiurare le funeste conseguenze di un travaglio troppo protratto sta *sovrano* il forcipe *lungo* e *corto:* (faccio questa distinzione per rispetto alla ostetricia inglese; in Italia non ha ragione di essere). Orbene, che cosa si dica rispetto a questo punto, non che alle *pretese regolatrici* della statistica, la pratica degli ostetrici, e quanto io fossi nel vero affermando che la *nota dominante* è sempre *la varietà,* la S. V. può dedurre dal seguente quadro comparativo de' parti terminati con il forcipe in Francia, Germania e Austria, Inghilterra e Italia.

La Chapelle 1 forc. su 295 parti.

Maternità di Parigi.

Dal 1848 al 1857		Da 1 su 200	a 1 su 85.
» 1857 al 1867		» 1 su 200	a 1 su 50.
» 1867 al 1877		» 1 su 85	a 1 su 52.
Ramsbotham	(Londra)	» 1 su 785!	
Johnson	id.	» 1 su 10!!	
Boer	Vienna	» 1 su 274	
C. Braun	id.	» 1 su 20	
Naegelé	Heidelberg	» 1 su 64	
Siebold	Berlino	» 1 su 7	
Lazzati	Milano	» 1 su 43	
Chiara	id.	» 1 su 20	
Tibone	Torino	» 1 su 15.	

Non faccio commenti, per ora, a queste poche, ma eloquentissime cifre; li farò più tardi, quando, com'è mio proposito, mi porrò a discutere i due sistemi che si contendono il campo, l'*aspettazione* cioè ed il *pronto intervento.*

Dopo il forcipe, i mezzi a' quali il pratico suole ricorrere, e che i libri proclamano efficaci, sono molti, ma pochi, pochissimi fanno onore al nome che hanno di *oxitocici* ed *ecbolici:* due soltanto fanno eccezione, e sono l'acqua calda diretta in forma di doccia

sulla bocca uterina, e l'introduzione di un corpo straniero contro la parete interna dell'utero lasciandovelo a permanenza, quali la siringa elastica (Krause) un sacchetto dilatabile di gomma (Barnes, Tarnier). Nell'ultima mia conferenza dell'anno scorso a pag. 74, 75 io scriveva: « con questi nessun timore per la partoriente o il » suo frutto, nessuna perturbazione nell'andamento del travaglio, » niuna complicanza che valga a far più malagevole quell'atto » operativo che, in caso d'insuccesso, possibile con qualunque » mezzo, sarà per imporsi come il partito più pronto e migliore » di rimovere le difficoltà. Vogliate pertanto, o signori, pensare » ad essi prima e più che a qualunque altro, tuttavolta che vi » accadrà di dover combattere con un parto noioso per insuffi- » cienza uterina, vogliate ricordarli prima della segale cornuta le » cui indicazioni sono sì rare, e le controindicazioni tanto nume- » rose e frequenti; vogliate ad essi far ricorso piuttosto che al » *chinino la cui azione oxitocica ed ecbolica io proclamo qui, an-* » *cora una volta, pretta illusione terapeutica,* la più ingenua forse » tra quelle onde la farmacologia, assistita e soccorsa dalle vivi- » sezioni, è generosamente larga al povero medico pratico ».

Ebbene, stimatissimo collega, non ho proprio verbo da togliere, aggiungere o mutare; le osservazioni cliniche, non che la pratica dell'anno andato, mi raffermano in cotali pensamenti e mi fan lieto di averli espressi ne' termini e nella forma riferita. Difatto se la S. V. vuol dare uno sguardo al prospetto N. 18 intitolato « *operazioni nell'anno* 1878 » troverà che per rianimare le contrazioni tanto prima di una progettata operazione, che nell'aspettazione di un parto spontaneo, facemmo ricorso dieci volte alla introduzione della siringa elastica e sei volte alla doccia di acqua calda (T. 38°); quattro volte soltanto si propinò la mistura ostetrica, invitati a porgere il rimedio in due casi dalle ottime condizioni del feto e dalla imminenza del parto, e in due casi dalla *certa* morte del feto.

Nell'istesso quadro tra i compensi tendenti al buon governo

del parto, specialmente del 4.° tempo (espulsione della parte presentata), figurano 20 casi di episiotomia, o incisioni vulvo-perineali, talvolta precedenti l'estrazione col forcipe, altre volte nel parto spontaneo.

Ponendo mente a quanto avviene nel pavimento perineale quando la testa inizia il 4° tempo del meccanismo del parto si comprende subito che cotesta *piccola*, *innocentissima lesione chirurgica* tende allo scopo di evitare quelle vaste, talvolta gravi, lacerazioni che la testa produce spinta con forza contro il perineo, ed obbligata da questo a venir fuori non dietro, nè tra le tuberosità ischiatiche, come negli altri animali, sibbene al davanti di esse. La etiologia delle lacerazioni vulvo-perineali è molteplice e complessa, *ed è raro* che non si trovino momenti causali riuniti in numero sufficiente per produrle, più o meno estese, più o meno profonde.

Le cifre date dagli autori per indicare la proporzione percentuale delle lesioni prodotte dallo sgusciamento del capo fetale variano dal 10 al 62 %! Siffatta varietà non ammette altra spiegazione che il difetto di attenta osservazione, o il valore differente che i vari ostetrici danno alla parola « *lacerazione* ». Io ammetto con Fordice Barker di New-York e con Duncan che nelle primipare la proporzione sia 100 %, e affermo che nelle moltipare la proporzione tocca il 65 %... e mi spiego.

Nelle donne ben conformate *e molto moltipare* un feto, sia pur voluminoso, può passare producendo soltanto qualche limitata contusione che può sfuggire inosservata quando l'esame non venga preceduto da lunga ed accurata lavatura, meglio se fatta con un nebulizzatore: nelle altre pluripare, specie in quelle che portano ancora intera la forchetta, si potranno sempre constatare contusioni più estese e simmetriche, escoriazioni o lacerazioni della mucosa vaginale, sia ai lati che in avanti (caso più frequente); ma la forchetta è intiera, e ciò basta per taluni onde sentenziare di non avvenuta lesione del canale! — Nelle primi-

pare poi o la forchetta vien lacerata, e con essa un tratto più o meno esteso del perineo, o invece quella si mantiene integra (cosa non difficile a ottenersi col metodo dello sgusciamento del quale parlerò), e se il parto è a termine, e il feto di volume medio e non *macerato* si troveranno *sempre* (*dico sempre*) contusioni gravi ed estese, oppure abrasioni, escoriazioni, lacerazioni della mucosa vagino-vulvare a' lati e sotto l'arco pubico. Gli è che nelle primipare il contorno vaginale dell'orifizio imenale che potrebbe chiamarsi piuttosto orifizio vaginale non può, senza lacerazioni, estendersi quanto richiederebbe il volume del capo fetale, non lo può per quanto cedevole sia, nè per quanti frastagli siano risultati nella così detta membrana imene da' primi rapporti sessuali; questi rapporti, meno casi eccezionalissimi, lasciano intero il contorno dell' orifizio vaginale da cui sorge l'imene; (e che può riguardarsi come il 2.° stretto; il 1.° è costituito dall'orifizio uterino, e il 3.° dall' anello vulvare); ma quanto i rapporti sessuali non fanno, fa il passaggio del feto, e le lesioni sono ben spesso tali da mettere un *forte sordino* alla soddisfazione che altri potesse provare nel vedere integri forchetta e perineo.

Egregio amico; ciò che affermo, per parte mia osservai tanto spesso e fui sì frequentemente costretto a cauterizzare, o altrimenti medicare i notevoli guasti della mucosa dell'ostio vaginale e le lacerazioni di queste compagne all' integrità della forchetta, che venne sorgendo, ingrandendo e raffermandosi in me la convinzione che nelle primipare una lacerazione perineale di 1.° grado sia evento desiderabile non soltanto nell' interesse delle parti genitali, ma in quello ancora della salute generale della donna; porte d' ingresso all' infezione puerperale sono quasi sempre le lesioni del collo dell'utero e quelle della mucosa vagino-vulvare: ora se la soluzione di continuo esiste dove, come nella forchetta e sulla linea mediana perineale i vasi linfatici e sanguigni sono scarsissimi, sarà meno facile l'assorbimento, meno frequente l'infezione.

Talvolta però le lesioni del semicerchio superiore dell' ostio vaginale si fanno senza che la testa venga espulsa; gli è che in questo caso la forchetta e il perineo non sono tali da cedere senza rompersi, o son troppo resistenti per cedere in quel modo che dovrebbero. In allora o l' utero non è dotato di energia più che media, e il parto non si compie per *inerzia relativa*, oppure la contrazione uterina si svolge tanto più potente, quanto maggiore è l'ostacolo, e invece di far *piegare* in certo modo il perineo, lo rompe, è il *frangar, non flectar* male applicato; in questi casi *quid agendum ?* Se la difficoltà sta nell' inerzia, niun dubbio che l'arte debba o con rimedî, o con istrumenti, aggiungere o far acquistare all' utero, *di fronte o a tergo*, il quantum di potenza che gli manca: ma se l'inerzia, relativa o assoluta non esiste, se la resistenza del perineo per vizio di conformazione, per compattezza di tessuti o per altra ragione, se insomma la stenosi vaginovulvare ci fa prevedere lacerazioni estese ove si lasci il compito alla cieca violenza dell'utero, quale partito ci si offre come veramente efficace per evitare un disastro nel perineo ?

Porre in campo questi quesiti gli è come toccare la vecchia e sempre nuova questione del *modo migliore di governare il perineo durante il disimpegno del feto.*

È incredibile la copia di scritti vertenti a questo argomento, che conta la letteratura ostetrica: tra essi tiene bel posto la recente lezione dell'operoso 1.° assistente della clinica ostetrica di Torino, il dott. Bergesio. Se ciò attesta nei pratici un lodevolissimo zelo per la ostetrica e la integrità anatomica di coteste parti, attesta pure, parmi che s' è studiato l'argomento con il *più forte obbiettivo*, dando più che soverchia importanza a un punto di pratica che a mio avviso è semplice e piccino.

I rapporti meccanici e anatomici tra la testa di un feto a termine e l' anello vaginale o vulvare per cui deve avere il passo, ed i caratteri fisico-anatomici di quest'anello sono tali che si oppongono al conseguimento dell'ideale vagheggiato da molti che

il feto abbia da passare rispettando assolutamente la integrità anatomica delle parti... ideale che manca nella coscienza istessa del volgo!

Finchè 4 sarà più di 2 avverrà di regola nell'ostio vaginale quello che accade nel contorno della bocca uterina la cui lacerazione gli ostetrici hanno pur accettato quale necessità meccanico-anatomica.

Ciò posto io domando se non sarà saggio partito quello di applicare allo stretto vaginale quel *trattamento* che si trova buono per lo stretto uterino; constatato impossibile un sufficiente grado di apertura in questo, l'ostetrico dà mano al gammautte o alle forbici, e fatte in giro poche e piccole incisioni rende possibile il passo di 4 attraverso a 2, ed evita lacerazioni a cui la violenza dell'utero quando pur esiste, darebbe confini eventualmente pericolosi.

Si applichi adunque cotesta pratica in basso, all'ostio vaginale e al perineo, quando la soverchia resistenza o l'abnorme stenosi ci fanno temere, dalla molta energia dall'utero, lacerazioni estese e pericolose perchè manca la condizione precipua della integrità perineale, ch'è la lentissima evoluzione, o rotazione della testa fetale sul suo diametro trasverso.

Siffatta lentezza di estrinsecazione, questa specie di sgusciamento non è possibile conseguire perfetto con il forcipe, o con altro strumento che lavori in modo analogo (cefalotribo, craniocaste, uncini); perciò io sostengo che nella estrazione artificiale della testa si debba praticare lo sbrigliamento *sempre*, salve le poche eccezioni rappresentate da quelle donne nelle quali lo sbrigliamento è reso inutile dalle lacerazioni prodottesi ne' parti pregressi.

Questo sbrigliamento io soglio fare con le forbici, ed è rappresentato da 2 piccole incisioni dirette verso le tuberosità ischiatiche partendo dalla forchetta distesa, e distante circa 6 centimetri l'una dall'altra. Queste incisioni dirette nel modo anzi-

detto e poco estese cadono su punti quasi sforniti di vasi sanguigni grazie alla speciale disposizione dell'arteria perineale superficiale; niuna emorragia suol insorgere, e compiuto il parto la soluzione di continuo è appena visibile, e le traccie che rimangono dopo la guarigione son sì poca cosa che soltanto chi le fece può ravvisarle.

Ciò insegnai sempre fin dal 1867, ciò praticai tuttavolta che parvemi indicato, e non ebbi finora, cioè nello spazio di quasi 12 anni, a deplorare pur una lacerazione di 3° grado, sia nel parto spontaneo che in quelli artificiali, che fanno a quest' ora non piccola somma.

Ed ecco perchè nel quadro N. 18, la S. V. può contare N. 20 episiotomie: due volte avvenne la rottura quasi completa del perineo curate con la sutura immediata; ma per amor del vero debbo confessare che nel detto caso l'operatore, il medico 1.° assistente d' allora, il Signor Prof. Cuzzi, alquanto incredulo della necessità di 2 incisioni, volle farne una sola sul mezzo; e l'altra fu pure dovuta allo stesso operatore che ancora con il forcipe, e in donna lievemente ristretta volle compiere la estrazione senza farvi precedere l' episiotomia; questi due casi l' hanno convinto meglio del più profondo e ben architettato ragionamento, e la pratica delle incisioni conta un *credente* di più. Quando poi non esistono gli estremi per procedere alla detta soluzione di continuità, ecco il modo di governare il perineo che da noi si segue. Con 4 dita della mano sinistra messi sul bregma, quando il più piccolo segmento della testa è scoperto, si trattiene la testa istessa, frenando l' impeto con il quale può venire spinta dall'utero; il pollice e l' indice della mano destra vengono posti a lati contro l'anello vulvare che da quelli viene spinto, anzi stirato contro il capo del quale si favorisce ancora il moto di flessione; infine quando la massima circonferenza del capo sta per superare l' anello vulvare, si avvicinano rapidamente le coscie della donna onde fornire stoffa a' lati da sostituire per quanto si

può le grandi labbra consumate a far capuccio sulla testa fetale: aggiungo che sempre quando è fattibile, si sguscia la testa con le mani adagino adagino, e durante la calma dell'utero; manovra questa che se non evita la contusione, rende possibile di scansare le rotture della forchetta e del perineo. Il Pajot dice che sonvi perinei fatalmente destinati a rompersi; supposto non sia questa una di quelle frasi di cui tanto si compiace il professore parigino, non comprendo poi perchè consiglia, senza dirne le ragioni, la massima moderazione nella pratica dello sbrigliamento perineale.

Il metodo descritto, combinato, quando si trovi necessario, con le incisioni vulvo-perineali se, come dichiarai, non evita in modo assoluto le lesioni vagino-vulvo-perineali (ideale fantastico, come dimostrai), m' ha dato il risultamento soddisfacentissimo di non aver a deplorare alcuna di quelle lacerazioni che hanno la disgustosa compagnia della fistola retto-vaginale.

Ho letto con vero piacere nella lezione del dott. Bergesio (1) che nella clinica torinese si segue dal 1877 in poi un metodo combinato ch' è analogo al nostro, e con ottimissimi risultamenti; il Cav. Raffaele, professore aiuto nella clinica ostetrica di Napoli, nel suo rendiconto pubblicato recentemente (2) a pag. 40 scrive » convinti che nella immensa maggioranza de' casi la resistenza » del perineo, quello che non cede senza lacerazione, è dovuta » più che mai alla rigidità e strettezza dell'orifizio vulvare, nes- » sun mezzo crediamo superiore alle incisioni laterali della vulva. » Tali incisioni non solo limitano la soluzione di continuità, non » solo rimarginano prontamente, ma presentano ancora un altro » considerevole vantaggio ... » quello che la S. V. potrà trovare

---

(1) *Lacerazioni vulvo-perineali nel parto per il vertice. Profilassi e cura.* Milano, 1879.

(2) *Rendiconto triennale della clinica ostetrica* (1875-1876-1877) diretta dal Prof. Cav. Ottavio Morisani, per Edoardo Raffaele. — Napoli, 1879. Enrico Detken, editore.

accennato a pagina 301-302 del rendiconto del nostro Ospizio per il biennio 1873-74. Quando si fa nelle due cliniche universitarie di Torino e di Napoli mi conforta nella convinzione ch'io mi trovava e sono tuttora sulla buona strada, e giustifica il proposito mio di aver voluto spendere molte parole anch'io sopra un argomento che proclamai non molto importante, o almeno non tanto come la generalità degli ostetrici l'ha giudicato; *et nunc majora canamus.*

10 Maggio 1870.

Lettera 3.ª

Nobiltà del forcipe, il sovrano degli oxitocici — Mia tendenza e simpatia per il pronto intervento — L'aspettazione può mascherare l'accidia — Confessione di Churchill — Parallelo di sistemi, non di uomini — Alcune cifre, e pochi corollari — Una frase di Pajot — Pinard e il suo articolo sul forcipe — Ancora una parola di elogio per il vecchio uncino acuto.

Stimatissimo Collega, Egregio Amico:

Proclamai il forcipe, *mezzo sovrano* per iscongiurare gli effetti del parto languido, o noioso (*lingering labour* degl'inglesi); ciò presuppone la tendenza in me a dare a questo *nobile* strumento, come lo proclama il Barnes, la preferenza fra tutti gli ecbolici ed oxitocici che figurano tuttora, e credo immeritamente, nell'arsenale farmaceutico-ostetrico. Così la cosa corre realmente, e mal non s'appose l'amico mio, il Prof. Cav. E. Raffaele quando nel suo, già citato rendiconto, scriveva: « nè meno corrivo ad un intervento strumentale è il Prof. Chiara, » e questa sua sentenza confortava con le parole che seguono tratte da una mia

lezione: « Se a voi, o signori, piacerà di rammentare che molto » spesso la insufficienza delle forze efficienti il parto si associa » con la minaccia di asfissia del feto, che questa minaccia molto » facilmente può diventare un fatto, e sempre più presto di » quanto non domandino gli ordinari agenti ecbolici per dispie- » gare la loro azione, troverete ben naturale che un accidente » dall'apparenza così modesta (insufficienza ed inerzia uterina) sia » stato da noi combattuto con sì cospicuo numero di atti ope- » rativi. » Riassuma in poco quanto voglion dire questi *molti versi*, ed ella, stimatissimo collega, dirà quanto segue: « voi siete, in ostetricia, partitante per il pronto intervento » ed è proprio così e se pronto intervento suona, in ostetricia progresso, io mi dichiaro progressista.... precisamente il rovescio della politica che vantò come grande conquista il principio *del non intervento*, fin quando almeno *l'Ercole intellettuale del secolo*, il principe O. di Bismark non venne a proclamare con rude franchezza che « *la force prime le droit* » ma io domando perdono di questa, forse irriverente, certo non opportuna scorreria fuori del campo ostetrico, e torno in carreggiata.

Egregio Amico, con tutto il rispetto per la natura di cui, con un lirismo troppo spinto si è vantata in ogni tempo la saggezza, io mi sono schierato tra gli scettici di essa, e proclamo utile e seguo, come dissi, il principio del *pronto intervento:* con buoni frutti? Gli è quanto vedremo.

Premetto che fu sempre mio avviso essere in ostetricia, assai più facile, notevolmente più comodo *non fare che agire*, e l'aspettazione, proclamata da molti saggia prudenza, non essere in molte contingenze che accidia mascherata; un amico della lunga aspettazione lo confessa pur non volendo: « Io non trovo, scrisse » Churchill, un solo caso di morte fra le donne le quali hanno » presentato una lunga durata del periodo espulsivo, ma debbo » confessare *in tutta onestà* che in qualche caso, con l'esperienza » attuale, *io ricorrerei più prontamente al forcipe* ». Con ciò voglio

dire che se a malgrado delle noie, della responsabilità, della fatica maggiore che l'azione porta seco, al contrario dell'aspettazione, io mi mantengo partigiano del pronto intervento, è prova irrefutabile che ne ottenni sempre effetti soddisfacenti. Per altro quest'affermazione, buona per cui, come gli assistenti è compagno continuo, e giudice sempre dell'opera mia sul campo clinico, non basta per la S. V. che le speciali mansioni, gli studî, le inclinazioni tengono lontano da questo campo: io debbo la dimostrazione di quanto affermo, e questa dimostrazione son pur forzato di domandare alle cifre, per quanto poco entusiasta io ne sia, e tema di commettere peccato di rettorica statistica.

Queste cifre, per non uscire di casa nostra, domanderò ai registri clinici, e poichè questi mi hanno insegnato che il mio predecessore vuole piuttosto essere inscritto tra gli amici dell'aspettazione che tra quelli del pronto intervento, farò un parallelo tra lui e me.

Intendiamoci però bene, a scanso di poco benevoli interpretazioni; qui non sarà questione di confronto tra uomo e uomo, tra ostetrico e ostetrico, tra operatore ed operatore... l'abilità, e l'apprezzamento di essa son fuori di causa; si tratta di confrontare due sistemi opposti, e sì fatto confronto non può, non deve giudicarsi odioso.

(Continua).

Letteratura Italiana

Omboni. — Setticoemia per suppurazione di cistovario uniloculare guarita coll' ovariotomia. (*Annali Universali di Medicina e Chirurgia*, febbraio, 1880).

Donna di anni 23 — due anni prima aveva avvertito dolore nella fossa iliaca sinistra e consecutivamente notò disturbi nella mestruazione consistenti per lo più in perdite mestruali forti e più dell'usato prolungate. Solo un anno più tardi si accorse di insolita gonfiezza al ventre che andava continuamente aumentando.

Stabilita la diagnosi di cistovario fu tentata la elettrolisi; in seguito alla applicazione si evacuarono, da una puntura fatta sulla linea mediana sotto l'ombellico otto litri di liquido giallo paglierino ottenendosi la quasi totale evacuazione del tumore che si sentiva appena nella escavazione pelvica. In seguito a ciò dalla 2ª alla 14ª giornata cominciò a presentarsi elevazione termica oscillante fra 38°, 2 e 39° ed indi comparvero anche accessi a freddo e profusi sudori. Nel frattempo il tumore andava rapidamente riproducendosi.

Le cose andarono tanto aggravandosi che il 6 giugno essendovi minaccia di soffocazione i dottori Bonati e Capellini trovarono necessario praticare una puntura che diede esito a sette litri di liquido giallo scuro denso contenente qualche conglomero di pus.

Successivamente nuovi accessi febbrili a freddo, dolori all' addome, vomito, sudore profusissimo, diarrea con tenesmo, stato generale gravissimo.

Date queste condizioni ormai disperate l'A. sull'esempio di illustri ovariotomisti, passò all'ovariotomia mettendo in uso le cautele antisettiche. Incise le pareti addominali la puntura della cisti diede per esito pus giallo-verdognolo, denso, fetente al punto da dover spalancare ogni apertura della stanza e da dover gettare acido fenico nel recipiente che l'accoglieva.

Durante l'estrazione della cisti questa si lacerò, onde porzione del pus innondò la parete addominale destra, nonchè l' inguine e la co-

scia corrispondenti. A togliere le conseguenze di questo deplorevole fatto si sospese l'atto operativo per una mezz'ora onde togliere ogni traccia di pus, lavando il campo operativo con abbondante quantità di soluzione fenica.

La cisti fu poi estratta ed il peduncolo trattato con legatura perduta, come pure una aderenza che il tumore avea col cieco. La ferita fu chiusa con 11 punti di sutura nodosa, 5 metallici profondi e 6 superficiali con seta fenicata.

L'atto operativo durò un'ora. — Il pus estratto fu nella quantità di otto litri.

L'esito fu dei più lusinghieri — in 7ª giornata furono tolti i punti superficiali, alla 9ª i profondi — la medicazione si cessò alla 15ª giornata. — Ricomparve la mestruazione e l'ammalata potè alzarsi alla 37ª giornata dall'operazione. Il decorso fu relativamente protratto per i disturbi intestinali e per l'abbattimento a cui era giunto l'organismo.

Sala di maternità dell'Ospedale degl'Incurabili (*Annali Clinici dell'Ospedale Incurabili*, gennaio febbraio 1880). Statistica del primo bimestre del 1880.

Ammesse 122 donne (35 primipare, 87 multipare).

Pervenute in travaglio di parto n. 51.

Parti n. 94 (26 primipare, 68 multipare).

I feti 94 (maschi 54, femmine 40 — nati vivi 82, morti 12).

Vertice 85, faccia 1, estremità pelvica completa 1, incompleta 2, tronco 3, vertice con procidenza del cordone 1.

Se n'espletarono naturalmente 81 ed artificialmente 13, cioè:

Parto prematuro artif. (strettezza del bacino di 3 pollici ed un quarto) 1

Parto prematuro artif. e forcipe (strettezza del bacino di 2 pollici e mezzo) 1

(In questo caso si è praticato il parto prematuro artificiale con la applicazione di forcipe e non la sinfisiotomia perchè la metà laterale destra del bacino era molto più larga della sinistra ed il feto si presentava in 2ª posizione).

Rivolgimenti per presentazione di tronco . . . 2
Forcipe (5) per strettezza di pollici 3 1/2 . . . 1
» » » 3 1/4 . . . 1
» per eccessivo sviluppo fetale e semi-inerzia 1
» per procidenza cordone ed inerzia . 1
» per eclampsia 1
Isterotomia vaginale e forcipe per rigidità orificio 1
Embriotomia a feto morto in present. di tronco (impossibilità di operare il rivolgimento) . 1
Craniotomia a feto morto e forcipe (3 pollici e qualche linea) 1
Sinfisiotomia e forcipe (2 poll. 1/2) vivi ambedue 1

Delle donne partorite una morta per endometrite.

Le ultime ovariotomie

Dal *Raccoglitore Medico*, N. 16 (10 giugno 1880) ricaviamo le seguenti notizie:

1.° 86ª *ovariotomia nella* 2ª *centuria della statistica Italiana.* — È una lettera del dott. Domenico Peruzzi al Direttore dott. Casati datata da Spoleto (2 giugno) in cui si narra di una ovariotomia eseguita dal dott. Bocchini.

L'operazione fu urgentemente domandata da una peritonite subacuta. — Aperto il peritoneo sgorgarono 5 litri circa di fluido ascitico. La cisti presentava numerose aderenze parietali, colla fossa iliaca sinistra, collo scavo pelvico e con un tratto dell' ileo. Il peduncolo sorgeva dal lato sinistro dell' utero e venne trattato con legatura perduta in filo di seta — l' emostasi lunga e penosa si ottenne con legature di catgut — fu installato il drenaggio addomino-vaginale; la ferita riunita con 11 punti di sutura nodosa. — Durata dell' atto: ore 1 3/4; perdita di sangue gr. 100. — Cautele antisettiche. — Le pareti addominali erano straordinariamente adipose. — La signora 74 ore dopo moriva per peritonite cancrenosa.

2.° Alla metà del maggio u. s. il prof. Adeodato Berti di Modena esportava un cistoma ovarico multiloculare ed in massima parte alveo-

lare del peso totale di kil. 33. — Difficile per l'enorme volume, per le aderenze delle pareti del cistoma al peritoneo parietale ed al viscerale epatico. — In 12ª giornata la operata si trovava in condizioni consolantissime.

3.° Il 5 giugno all' Ospedale della Consolazione in Roma venne praticata dal prof. Luigi Laurenzi una ovariotomia in donna di 40 anni. — Avea aderenze coll' intestino. L' unico inconveniente fu la rottura della cisti.

Un'altra importante serie di ovariotomie fu praticata qui in Milano nella Casa di Salute. — Riassumeremo brevemente:

1.° 15 maggio. — Operatore il prof. Porro Edoardo — donna di anni 40 che portava da 14 anni il suo male. Si riscontravano aderenze estese e tenaci, anteriori parietali e pelviche sì che si incorse in un parziale scollamento del peritoneo parietale e nello strappo dell'alto fondo vescicale. Il peduncolo fu trattato con legatura perduta, la soluzione di continuo vescicale riunita con punti di sutura con catgut in modo da ottenere una ferita lineare che venne assicurata contro la ferita addominale con due punti di catgut agli estremi della ferita cutanea che fu chiusa con fili metallici.

Questa donna era già guarita e da alquanti giorni avea abbandonato il letto, quando il 17 giugno dovette soccombere ad una stenosi intestinale per torsione di un'ansa sopra una fimbria peritoneale. — Verrà quanto prima pubblicata l' interessantissima osservazione.

2.° 27 maggio. — operatore il prof. Chiara. — Cistoma multiloculare in gran parte solido con cisti dermoide — peduncolo affondato. All'11ª giornata abbandonò il letto.

Ne è pubblicata la relazione in questo stesso numero.

3.° 30 maggio — Operatore il prof. Porro. — Cistoma multiloculare — peduncolo trattato a legatura perduta — guarigione.

4.° 13 giugno — operatore il prof. Porro. — Cisti uniloculare — nesssuna aderenza — affondamento del peduncolo — guarigione.

5.° 17 giugno — operatore il prof. Porro — Donna considerevolmente adiposa — cistoma multiloculare — legatura perduta del peduncolo — guarigione.

6.° gingno — operatore il prof. Porro — Ovariotomia doppia per cisto-carcinoma — morte 5 ½ ore dopo per collasso.

Dott. Paolo Negri.

Letteratura francese

Eustache. De la lesion des organes urinaires pendant l'opération de l'ovariotomie (*Arch. de Tocologie, etc.*, Aprile e Maggio 1880).

Con questo studio l'A. si prefigge non già di spaventare il chirurgo mostrando quali terribili accidenti possano avvenire durante l'ovariotomia, ma invece di incoraggiarlo persuadendolo, che anche avvenuto non di questi accidenti, la natura e l'arte possono ancor molte volte trionfarne.

Prima di trattare l'argomento compendiato nel titolo, fa alcune considerazioni intorno all'importanza delle vaste aderenze delle cisti ovariche, e dei danni che ne risultano per le emorragie considerevoli alle quali talvolta si va incontro, e per le possibili lesioni degli organi contenuti nell'addome. Contro l'opinione di que' ginecologi che dissero esser le aderenze piuttosto favorevoli che nocive per il successo, starebbe la statistica dello Spencer Wells dalla quale si può vedere che nelle sue prime ottocento ovariotomie ne' casi senza aderenze, la mortalità del 36,1 per % della 1.ª centuria discese al 12,5 per % all'8ª, mentre nei casi in cui s'avevano aderenze la mortalità variò dal 32,8 % al 24,2 % avendosi un minimo nella 5.ª centuria di 19,3, mentre all'8ª si toccava ancora il 31,6 %. — Nello stato attuale, scrive l'A., sembra adunque che la presenza di aderenze aggravi la prognosi e comprometta il risultato dell'atto operativo.

Ventilata poi la questione se in caso di molto estese aderenze convenga terminare l'estirpazione anche a patto di asportare porzione dei visceri addominali, o meglio se convenga trattare la cisti mediante la semplice spaccatura od il drenaggio, accenna come la lesione dell'intestino se prontamente riparata da congrua sutura possa non avere serie conseguenze, cita il caso di Koeberle in cui avendo leso

il fegato (per aderenza che con questo avea un tumore fibroso dell'utero) per arrestare l'emorragia ed il versamento di bile nel cavo peritoneale applicò e mantenne per qualche tempo il percloruro di ferro sulla ferita epatica.

Non è a dire quanto sia tollerante l'epiploon; nè mortali sono le lesioni dell'utero; riporta il caso di Granville Bantok di Londra che avendo largamente leso l'utero vi rimediò con sutura e collocato in sito il drenaggio n'ebbe successo completo. Più importante il caso di Byford di Chicago che leso l'utero gravido durante una ovariotomia nè potendo arrestare l'emorragia asportò contemporamente e cistovario ed utero gravido, e la donna guarì, e soggiunse che tal esempio trova ormai un valido appoggio nella diffusione del taglio cesareo col metodo Porro.

Per toccare l'argomento ricorda come la lesione degli organi orinari sia gravissima non per il solo fatto trauma, ma per la presenza dell'urina nella ferita, per la possibile infiltrazione, e quello che è più per il versamento nel cavo peritoneale.

Ammaestrato da un caso toccatogli, l'A. fece ricerche in proposito alla lesione de' visceri urinari e potè raccogliere le seguenti:

Ferite dei reni. — Un solo caso citato da Spencer Wells è conosciuto, essendo la cisti fortemente aderente al rene fu asportato anche questo; l'operatore se ne accorse ad operazione terminata, la paziente morì.

Per errore diagnostico fu operato spesse volte un tumore renale per un tumore ovarico; tra questi casi il più singolare è quello di Schetelig; intraprende l'ovariotomia e poi s'accorge che ha a fare con una enorme idronefrosi; estrae il rene; la paziente muore il giorno dopo. — L'autopsia mostra che la donna non avea che il solo rene asportato.

Ferita degli ureteri. — Nella grande maggioranza dei casi le cisti ovariche non prendono aderenze cogli ureteri; ma in quelle cisti che si sviluppano nello spessore del legamento largo e che sono conosciute sotto il nome di cisti del paraovario, l'uretere corrispondente è spesso compreso nella parete della cisti; di qui la possibilità della lesione.

Dalla letteratura medica l'A. potè raccogliere tre sole osservazioni di rottura degli ureteri.

I. — È il celebre caso di Simon di Heidelberg. Nel 1869 pubblicò una osservazione di ovariotomia in cui l'uretere sinistro era stato leso ed era stata esportata una buona parte dell' utero in una alle ovaje. L'orina del rene sinistro si versava per l'orificio uterino e contemporaneamente per una piccola fistola addominale formatasi nella incisione.

La guarigione fu ottenuta mediante l'esportazione del rene sinistro.

II. — Von Nussbaum di Monaco praticando la sua 96ª ovariotomia ferì l'uretere destro; l'operatore se ne accorse qualche giorno dopo quando vide l'urina farsi strada per la ferita addominale. Tali erano i disturbi allorchè la donna era già guarita della ovariotomia, che il Nussbaum ventilò la questione dell' asportazione del rene, ma riparò invece alla lesione fabbricando un uretere artificiale, ossia mettendo in comunicazione colla vescica l'estremo inferiore del reciso uretere, e la donna guarì.

III. — È il caso riferito dal dottor Fauffer: durante l'estirpazione di una cisti paraovarica aderente a tutti gli organi pelvici tagliò l'uretere sinistro non molto distante dallo sbocco nella vescica. — Non trovando l'estremo inferiore dell' uretere fece nella parte alta della vescica una piccola incisione ed in questa impegnò e fissò con sutura l'estremo dell'uretere. — Dopo molti accidenti s' ebbe anche in questo caso la formazione di una fistola uretero addominale, ed anche qui imitando il Nussbaum si passò alla formazione di un uretere artificiale e la donna guarì.

Ferita della vescica. — Generalmente parlando la vescica situata nella parte anteriore della pelvi e ricoperta dal peritoneo non contrae aderenze coi tumori ovarici: se si pensa poi che il tumore tiene obbligata la vescica nello scavo pelvico si trova anche una ragione del perchè tali aderenze sieno rare di fronte a quelle dell'utero e dell'intestino. — Perchè avvengano è necessario od una anomalia della vescica, e che al cominciamento dello sviluppo del tumore ovarico sia avvenuta una peritonite pelvica che abbia portata una generale aderenza degli organi.

Pochissimi sono i fatti finora osservati di lesione della vescica: riporteremo brevemente quelli raccolti dall'Autore.

1.° Pean, in seguito a difficile isteroectomia, notò la formazione di un ascesso addominale apertosi nella vescica ed all'angolo inferiore della ferita addominale. — La fistola urinaria che ne conseguì guarì spontaneamente in 20 dì.

2.° Fauffer di Fribourg: doppia ovariotomia molto laboriosa — aderenze estese degli organi pelvici — in 11ª giornata uscì per la ferita addominale una grande quantità di pus fetente. — Volendo collocare un tubo a drenaggio nella cavità dell' ascesso fu ferita la vescica e l'urina si fece strada e per la ferita addominale e per il cul di sacco vaginale anteriore. — L'A. crede che la vescica fosse stata ferita durante l'atto operativo e che consecutivamente si sia formato l'ascesso — la donna guarì.

3.° Smith: Aderenze estese negli organi pelvici — operazione laboriosa — qualche giorno dopo scolo abbondante di urina per la ferita addominale dovuto a lesione vescicale probabilmente per ulcerazione consecutiva. — La paziente morì.

4.° Spencer Wells comprese la parte superiore della vescica nel clamp — qualche giorno dopo l'urina colava dalla ferita addominale. La paziente morì, ma l'operatore assicura che la morte dovea ascriversi al caso gravissimo per sè.

5.° Knowsley Thorton alla sua 7ª ovariotomia comprende una porzione della vescica tra i denti di un largo clamp temporario, accortosene prima del taglio del peduncolo fu tolta la porzione della vescica. — La paziente guarì senza conseguenza.

6.° Granville Bantok opera una donna di 34 anni affetta da cisti voluminosa e suppurata. È aderente fortemente all'utero che alla sua volta aderisce alla faccia posteriore della vescica ed alla sinfisi del pube. — La cisti è asportata a spese però di una lacerazione della faccia esterna dell'utero, e di un'apertura della vescica dell'estensione di un pollice e mezzo. — Si praticò la sutura evitando di comprendere la mucosa. — Non ostante tale accidente l' operata andava abbastanza bene allorchè morì per ostruzione intestinale.

7.° Knoswley Thornton: all'82ª ovariotomia lacerò il fondo della vescica — immediata sutura con seta fenica. — La paziente morì poco dopo.

8.° Idem: Alla 94ª incise largamente la vescica che non era stata interamente svuotata prima — però la incisione non toccò la mucosa vescicale — praticò immediatamente la sutura con seta fenica. — La paziente guarì.

9.° Spencer Wells appena incisa le parete addominale vide sortire urina dalla ferita — era stato ferito l'uraco anormalmente sviluppato — terminato l'atto operativo comprese l'uraco nella ferita addominale e la paziente guarì,

10.° Eustache: Incisione addominale dalla cicatrice ombellicale a 10 centimetri sopra del pube — la vescica anormalmente portata in alto fu incisa per l'estensione di 3 centimetri — l' operatore non se ne accorse che ad operazione terminata; praticò la sutura della ferita vescicale con catgut N. 0. — La paziente in 15ª giornata abbandonava il letto.

Termineremo riportando le conclusioni dell' Autore:

1.º La ferita degli organi orinari durante l' ovariotomia è rarissima.

2.º La ferita o l'estirpazione di un rene fu seguita da morte nel solo caso conosciuto.

3.º La ferita degli ureteri terminò colla guarigione.

4.º La ferita della vescica termina più di frequente colla guarigione che colla morte.

5.º Se l'uretere sia ferito si dovrà immediatamente praticarne la sutura e se ciò non sia possibile si impegnerà l' estremo superiore nella parete vescicale; se ne risulterà una fistola uretero-addominale si dovrà fare una nuova via dalla vescica alla fistola.

6.º Se la vescica sarà aperta durante l'atto operativo se ne farà immediatamente la sutura con catgut e si manterrà la siringa a permanenza per sette giorni.

7.º Se la breccia fu fatta posteriormente la siringa a permanenza e qualche cauterizzazione porteranno la guarigione facilmente.

8.º In tutti questi casi la cura consecutiva dovrà essere fatta con grande attenzione.

9.º La antisepsi assoluta assicura il più delle volte il successo.

Pinard. Vomissements incoercibles chez une primipare — inhalation d'oxygène — disparition des accidents (*Annales de Gynécologie,* maggio 1880).

Madama P.... di 22 anni, sempre regolarmente mestruata: lo fu l'ultima volta dal 16 al 20 marzo. Il 4 maggio fu colta la prima volta da vomito e continuò il 6, 7, 8, 9, 10; a quest'epoca il dimagramento incominciò, reso ancora più sentito per i continui sforzi di vomito e dall'insonnia ribelle.

Il 18 maggio il riscontro mostra l'utero sviluppato come a due mesi, in completa retroversione. L'uso dell'oppio e suoi preparati per bocca, e delle injezioni ipodermiche di morfina non valsero a sedare il vomito.

Dal 20 al 30 maggio si mette in uso la polverizzazione d'etere all'epigastrio ed alla regione dorso-lombare fino all'anestesia locale: l'unico liquido che talvolta era trattenuto nello stomaco era la birra.

Il 1.º giugno il fondo dell'utero arriva a 6 centimetri al disopra della sinfisi pubica e da questo dì al 15 fu abbandonata ogni cura. Il vomito continuò dì e notte, la sete sempre intensa; lo stato di prostrazione era giunto al punto che madama P.... non riusciva più a mettersi seduta sul letto.

Il 15 giugno, per calmare gli atroci dolori provati in corrispondenza dell'epigastrio, si riprendono le injezioni di morfina; il dolore infatti si attutisce; il vomito continua ma senza sforzo e dolore, e rassomiglia quasi ai rigurgiti dei bambini.

Il 25 giugno si notano disturbi visivi; stato di dimagramento pronunciatissimo. Contemporaneamente all'uso ipodermico della morfina si incominciano le inalazioni di ossigeno.

Il 25 giugno 10 litri, 12 il 26, 15 il 27.

Il 28 giugno una minestra è trattenuta nello stomaco, e da questo momento il vomito è scomparso: lo ristabilimento fu rapido ed il 14 dicembre si sgravava di un feto a termine (gr. 3200) — puerperio normale.

Seguono le considerazioni seguenti:

1.º Poteva credersi dapprima che il vomito trovasse una causa nella retroversione uterina; ma la spontanea riduzione non fu accompagnata dalla scomparsa del vomito: quindi in tal caso la retroversione non era che una coincidenza;

2.º La lunga durata del primo periodo, poichè sebbene estreme fossero la debolezza e la emaciazione, tuttavia il periodo febbrile non era ancora raggiunto;

3.º Frustaneo ogni trattamento, il medico curante attendeva i sintomi febbrili per passare alla cura chirurgica: avrebbe dapprima tentata la semplice dilatazione del collo (mezzo che riuscì qualche volta e salvò il feto) ed in caso di insuccesso avrebbe provocato l'aborto; ma conoscendo i fatti del Prof. Hayem intorno all'azione delle inalazioni di ossigeno nel vomito delle clorotiche, decise di tentare tale cura. — Se il feto fosse morto si potea attribuire a ciò la cessazione del vomito, ma l'ulteriore decorso mostrò che ciò non era avvenuto: cessò adunque spontaneamente o per virtù dell'ossigeno?

L'A. si rivolge ai colleghi e li prega di tentare tale mezzo in casi analoghi e di pubblicarne poi i risultati. Dott. Paolo Negri.

Annotazioni sull'amputazione utero-ovarica.

I. Da una lettera del dott. Peruzzi al prof. Chiara si rileva come l'illustre ovariotomista praticava in Lugo il 24 del corrente mese una ovaro-isterotomia cesarea sopra donna rachitica di 37 anni, alta m. 1,15 e con un diametro sacro-pubico di mm. 40 estraendo un feto nonimestre, vivo, ben sviluppato. Tre giorni più tardi le condizioni dell'operata erano buone.

Dal *Raccoglitore Medico* (N. 18) prendiamo queste ulteriori notizie: « L'operazione venne compiuta in 50 minuti e circondata di tutte le cautele antisettiche: la costrizione venne fatta col serranodo di Cintrat, utero e ovaie furono esportate col termo-cauterio di Paquelin, il moncone venne assicurato con tre spilli all'angolo inferiore della ferita addominale ed infine venne praticato il drenaggio addomino-vaginale. »

II. Dobbiamo ritornare ancora sul caso operato da Taylor a New-York e annunciato nel numero di maggio, e poichè la comunicazione antecedente era stata fatta in base ad una comunicazione di Harris,

riporteremo quivi il brano della lettera diretta da Harris al dottor Mangiagalli riferentesi al detto caso, dolenti di dover registrare invece un insuccesso.

« La donna stette bene fino al 17° giorno, nel quale comparve » una *flegmasia-dolens* alla gamba destra: al 20° giorno venne col- » pita anche la sinistra. Il 3 maggio, contrariamente all'avviso ed al » consiglio del dott. Taylor, la donna si alzò e si mise a sedere su » di una sedia. Essa fu presa da trombosi cardiaca e morì in tre » ore e mezza, presentando vomito, dispnea e cianosi. Essa era so- » pravissuta all'atto operativo 25 giorni e sentivasi benissimo il mat- » tino del giorno stesso della morte.

» Il dott. Lusk mi scrive che questa morte lo ha convertito a pa- » trocinare la laparo-elitrotomia. Io gli dissi che l'operazione di » Taylor violava il più importante punto del metodo di Porro, ba- » sato sul fatto che la ferita uterina è molto meno pericolosa alla » vita quando è medicata e trattata esternamente col moncone nella » incisione addominale.

» E più oltre soggiunge: non vi è dubbio che questa donna sa- » rebbe guarita, se fosse stato seguito il piano direttivo di Porro nel » trattamento del peduncolo ».

III. La seconda operata di Gustavo Braun è guarita e dobbiamo registrare un altro successo favorevole colla sesta operata di Carlo Braun. Il dottor Welponer mi scrive infatti da Vienna in data 13 giugno:

« Quindici giorni or sono Carlo Braun operò il suo sesto caso con » esito felice per madre e figlio. Trattavasi di un bacino rachitico » con una C. V. di ctm. 4, microcorde da 5.5 a 6 ctm. gravidanza » quasi a termine; scolo delle acque avanti l'iniziamento del trava- » glio. Operazione secondo Porro senza le modificazioni del Müller, » feto vivo. Il decorso fu veramente tipico, una sola sera si ebbe la » temp. di 38° 4 e poi sempre apiressia. La catena fu levata insieme » ai resti del moncone al 10° giorno. Il moncone venne cauterizzato » subito dopo l'operazione col termo-cauterio del Paquelin e con ciò » abbiamo avuto una diminuzione notevole della secrezione produ- » cendo una mummificazione dei tessuti. È questo il decimo caso » operato in Vienna ed il 6° successo, poichè anche il caso con » psicosi che tu conosci (è stato riferito in questo giornale nel fa- » scicolo di maggio) guarì completamente e si presentò giorni sono » all'uditorio clinico in buonissima salute ».

Wasseige. Fibromyome kystique volumineux de l'utérus — Grossesse de cinq mois — Hystérotomie — Traitement intra-péritonéal du pédicule, après avoir fait l'hémostase au moyen de ligatures perdues. Mort de la femme au commencement du sixième jour. *(Extrait du Bulletin de l'Acad. roy. de médecine;* t. XIV, 3.ª serie, N.º 4*)*.

Nel titolo del lavoro sono già indicate le circostanze speciali più importanti: aggiungo nondimeno quelle notizie che più valgono a dare una idea completa del caso clinico.

Il tumore era stato avvertito quattro anni prima e la paziente, già antecedentemente nel marzo 1879, aveva avuto un aborto: sopravvenuta una nuova gravidanza, l' esame istituito il 3 marzo 1880 faceva riconoscere colla palpazione un tumore enorme che oltrepassava il bellico di 5 dita trasverse sulla linea mediana e si estendeva a destra ed a sinistra occupando i due fianchi, mentre col riscontro vaginale si acquistava la certezza di una concomitante gravidanza di cinque mesi circa. L' operazione venne praticata il 18 marzo in una camera riscaldata a 25° circondando l' atto operativo di tutte le cautele antisettiche.

L' incisione venne prolungata da 2 ctm. al disopra del pube fino a livello della parte superiore della cicatrice ombellicale e ne venne sgusciato fuori utero e tumore applicato al fondo di questo, previa legatura con seta fenicata di alcune aderenze contratte dal tumore, introducendo quindi nell' addome un panno imbevuto di acqua fenicata tiepida onde proteggere le anse intestinali ed impedirne la fuoruscita. Si stringe allora il legamento largo di ciascun lato con due forti legature di seta fenicata, e quindi li si dividono, assicurando l'emostasia colle pinzette di Péan, pungendo poscia l'utero onde rendere più facile l'amputazione del tumore costituito dal neoplasma e dall' utero stesso. Riconosciuti i rapporti della vescica e della vagina, si applica in corrispondenza dell' orificio interno una catena di *écraseur*, stringendo soltanto per avere l'emostasia senza abolire la vita dei tessuti, e quindi si esporta la massa incidendo 2 ctm. al disopra della catena. Si applica una forte legatura di seta fenicata immediatamente

al disotto della catena, si scavano ad imbuto i tessuti che oltrepassano il peduncolo e si passano dall' avanti all' indietro 5 suture profonde colla seta N.° 3 e 9 superficiali per avvicinare i margini del moncone: levata la catena ed annodati i fili, si abbandona il moncone nell'addome: nel praticare la teletta peritoneale, poichè il legamento largo di destra sanguinava ampiamente, afferrato con una pinzetta il punto sanguinante si gettò su di esso una nuova legatura. In tutto vi furono 26 legature perdute, l' operazione durò 1 $^1/_2$ ora. Non venne praticata l'autopsia. L'Autore aggiunge alcune considerazioni, alcune delle quali dirette ad eliminare l'emorragia interna quale causa di morte, ma dette considerazioni non mi sembrano irrefutabili.

MANGIAGALLI.

Il taglio cesareo classico in America. *(Statistics of the Caesarean Operation in North America; collected by Robert P. Harris ex-President of the Obstetrical Society of Philadelphia.*

Di questa raccolta 73 casi furono ricavati da memorie pubblicate, e 48 da lettere di corrispondenti, essendo molte volte gli operatori già morti da lungo tempo.

Di 121 casi, 113 appartengono agli Stati Uniti, 1 a Cuba, 2 alla Giammaica, 2 alla Martinica, 2 a Tortola, una delle Isole Vergini, ed 1 a Monterey (Messico). Il Canadà e l'America Centrale non hanno riferito alcun caso e nessuno se ne ebbe per corrispondenza. Vennero salvate 56 madri: una metà dei bambini fu perduta. Dei 113 casi appartenenti agli Stati Uniti, vennero salvate 49 donne: fra i 65 casi pubblicati vi hanno 36 guarigioni, e fra i 48 casi non pubblicati si ebbero soltanto 13 guarigioni. Ciò dimostra l'importanza di fare ricerche approfondite per determinare il procento della mortalità: infatti i casi pubblicati avrebbero salvato il 54 $^5/_{13}$ 0/0 delle donne mentre i casi non pubblicati non ne avrebbero salvate che il 27 $^1/_{12}$ 0/0 e tutti assieme il 43 0/0.

Le 8 donne appartenenti al Messico ed alle Indie occidentali guarirono tutte ad eccezione di una, che era sifilitica e morì il 6° giorno di diarrea. Nessun altro caso si potè aver per corrispondenza.

Vi furono 10 donne, una nella Martinica (una nana bianca) e 9 negli Stati Uniti, che furono operate più di due volte, tutte felicemente ad eccezione di due. Una morì di dissenteria che esisteva prima della operazione e l'altra morì avendo rimosso anche le ovaie dietro richiesta della donna onde assicurare la sterilità. Quattordici bambini furono salvati. Due donne sono ancora viventi, ognuna con due bambini. Le donne hanno rispettivamente 71-34 anni ed i loro bambini 45-42-5 anni, 2 settimane. La prima ha cinque nipotini: entrambe sono bianche e rachitiche.

Negli Stati Uniti vi sono 28 operazioni eseguite prontamente, cioè nel 1° giorno del travaglio e prima che insorgessero sintomi di esaurimento, furono salvate 21 donne (75 0/0) e 23 bambini furono estratti vivi. In 19 casi l'utero fu suturato: di questi 3 furono operati prontamente e 2 volte si ebbe la guarigione, 16 tardivamente e la guarigione si ebbe 4 volte. Una donna fu operata due volte prontamente e la ferita uterina fu chiusa con filo d'argento. Guarì tutte e due le volte, l'ultima il 22 maggio 1880. Come media, negli Stati Uniti vi sono ogni anno soltanto 3 operazioni cesaree.

Nello stato della Luisiana si ebbero 14 donne salve sopra 19, tutte nere, fuorchè una, che conta fra le guarite.

Nello stato di Ohio si ebbero 7 guarigioni in 10 casi, e questi tutti spettanti alla razza bianca: e due furono successivamente superstiti a 2 operazioni. Quindi abbiamo il 70 0/0 di guarigioni nella razza bianca nel Ohio ed il 72 1/2 0/0 nella razza nera nella Luisiana. Ciò dimostra come non siavi una speciale immunità per la razza nera, fatto questo stabilito con altri modi di paragone, per esempio, paragonando i neri in stati della medesima latitudine e contigui l'un l'altro.

MANGIAGALLI.

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

Movimento clinico-operativo del secondo trimestre dell'anno 1880

(APRILE — MAGGIO — GIUGNO)

DONNE ACCOLTE	67	PARTI SPONTANEI . . .	47	PARTI ARTIFICIALI . .	20
USCITE SENZA SGRAVARSI . .	2	DONNE MORTE	—	DONNE MORTE	3

Estrazione manuale — 121 - Presentazione dell'ovoide podalico - varietà natiche - lunghezza del periodo espulsivo per insufficienza delle contrazioni uterine - feto e madre salvi.

114 - Pelvi rachitica un.° ristretta - CV 78 millimetri - ovoide podalico completo SIST soverchia lunghezza del 2° periodo - feto e madre salvi.

Rivolgimento — 138 - Spalla destra - dorso posteriore - feto prematuro · morto dopo 4 ore - madre con puerperio apiretico.

144 - Spalla destra - dorso posteriore - feto morto e macerato ottimestre - Versione con maneggi interno esterni estrazione coll'uncino ottuso - puerperio fisiologico.

148 - Presentazione della faccia in posizione MIDT con procidenza della mano destra - feto vivo , morto 16 ore dopo - madre in clinica con puerperio morboso per forma psichica.

Forcipe — 69 - Forcipe Naegele al piano perineale per lunghezza del travaglio e minaccia della vita fetale - feto vivo - madre morta in 64ª giornata di puerperio per tubercolosi polmonare ed intestinale.

86 - Forcipe Naegele alla parte alta dello scavo per eccesso di volume fetale (gr. 4000) - feto e madre salvi.

116 - Pelvi piatta CV. 78-80 - Forcipe Pajot allo s.° s.° - feto e madre salvi.

60 - Isterostomatotomia ed applicazione di forcipe Naegele allo s.° inferiore - minaccia della vita fetale - febbre della donna - ambedue le vite salve.

101 - Parto prematuro provocato per albuminuria - Forcipe Naegele al piano perineale - feto premorto - madre guarita.

96 - Forcipe al piano perineale - feto e madre salvi.

83 - Forcipe Naegele al piano perineale per minaccia della vita fetale - feto vivo - puerperio fisiologico.

122 - Forcipe Naegele al piano perineale per soverchia lunghezza del travaglio - esito felice.

105 - Vertice alla parte media dello scavo - applicazione di forcipe Naegele - feto e madre salvi.

125 - Vertice nello scavo - gravi disturbi circolatori fetali - forcipe Naegele - puerperio apiretico - feto vivo.

99 - Forcipe Pajot allo s.° s.° - Ajuto-forcipe Joulin - Pelvi rachitica CV. 78-80 - Feto morto - madre guarita.

92 - Vertice nello scavo - Inerzia - Forcipe Naegele - feto vivo - madre in clinica.

Parto prematuro provocato — 101 - Anasarca grave da infezione palustre - lieve albuminuria - metodo Krause - vedi nella rubrica forcipe.

145 - Nefrite - peritonite in gravidanza, provocato col metodo Krause - feto premorto - madre morta al 3° dì per peritonite generale e nefrite parenchimatosa.

Embriotomia — 151 - Pelvi rachitica CV. 75-76 - 2para - infruttuoso tentativo di forcipe Naegele - Craniotomia e cranioclastia Braun - Puerperio apiretico.

Laparotomia — 147 - Presentazione della spalla d.ª d.° post. - tentativo di rivolgimento a domicilio - inviata all'ospizio con rottura completa dell'utero (labreccia misura 17 cent.) e passaggio dell'intero feto ed annessi nel cavo peritoneale - feto in via di macerazione - laporotomia - estrazione del feto, degli annessi e sutura della breccia - Morte della donna ad atto operativo compiuto.

Perineorafia — 21 - Lacerazione di 2° grado - due punti di sutura nodosa con seta - successo.

121 - Lacerazione di 2° grado - perineorafia con filo seta - successo incompleto.

83 - Lacerazione di primo grado - due punti di sutura nodosa - mancato coalito.

Isterostomatotomia — 60 - Vedi il numero corrispondente nella rubrica forcipe.

Nota. — Risulterebbero adunque morte numero tre donne — giova ricordare che il

N. 69 - Affetta da forma lenta polmonare svoltasi negli ultimi mesi di gravidanza soccombeva a questa, associata a secondaria forma intestinale in 64ª giornata di puerperio.

N. 147 - Veniva portata in clinica agonizzante con rottura completa uterina.

N. 145 - Offerse i segni della nefrite e della peritonite in gravidanza e fu appunto per il suo stato gravissimo che si passò alla provocazione del parto.

L'ILLUSTRAZIONE MEDICO-CHIRURGICA

Giornale diretto dal Dott. F. PARONA

Abbiamo ricevuto il 1.° Numero di questo nuovo giornale che l'operoso e chiaro chirurgo di Novara intende fondare. — Lo scopo che si propone è chiaramente espresso nel programma. Egli scrive: « *le dimostrazioni per via del disegno, ci presentano gli oggetti come in atto, e mentre molte cose non sarebbero dimostrabili senza disegno, val meglio talvolta questo solo di una prolissa descrizione.* »

In tutto in perfetto accordo col chiarissimo autore, non possiamo a meno di raccomandarlo ai cultori delle mediche discipline.

Uscirà il 1.° ed il 16 di ogni mese dal luglio in poi.

Il prezzo dell'abbonamento è di L. **10** per un anno e di L. **6** per un semestre.

Dirigere vaglia alla Direzione ed Amministrazione, Via del Pesce, 6 - **Novara.**

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano. — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume II. Luglio-Agosto 1880. Num. 7 e 8.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

Istituto Ostetrico di Modena
diretto dal Prof. ALESSANDRO CUZZI

Ricerche di Cromocitometria e Termometria ostetrica — Comunicazione di A. Cuzzi e G. Nicola.

I.

Ricerche di ematologia puerperale col cromocitometro Bizzozero.

Dopo che il Bizzozero di Torino introdusse nella pratica un nuovo strumento, il cromocitometro *(Atti della R. Accad. delle Scienze di Torino, adunanza dell'11 maggio 1879)*, che permette di dosare con precisione, prestezza e facilità, agendo su di una piccola quantità di liquido sanguigno, la emoglobina contenuta nel sangue di un animale o dell'uomo, hanno preso nuovo slancio in Italia gli studii di ematologia. E ciò anche in vista del fatto che la comparsa del cromocitometro venne proprio in momento opportuno e quando clinici e patologi ne sentivano vivamente il bisogno per completare lo studio della trasfusione sanguigna peritoneale, per le necessarie ricerche sulla malattia del Gottardo, sulla anchilostomoanemia, ecc. La Ostetricia, branca apparentemente staccata dalla medicina, deve naturalmente cercare di mettere a profitto quanto si compie o viene applicato nel campo puramente clinico o spe-

rimentale dalle scienze sorelle. Noi ci siamo domandati se fosse possibile fare qualche utile applicazione in ostetricia del nuovo strumento del professore torinese. E ci parve che la risposta non potesse essere che favorevole pensando che gli studi di ematologia puerperale, in ciò che concernono gli elementi figurati del sangue, la maggior parte si sono limitati a constatare *in peso* la proporzione dei globuli rossi, e qualcuno il loro numero, senza tener calcolo dell' emoglobina, che essi trasportano e che ha una parte così essenziale nello scambio gazoso dell' organismo. E che così siano le cose è facile constatare con un semplice sguardo dato ai risultati, ai quali hanno condotto i principali studii di ematologia puerperale. Andral e Gavarret ci dicono difatti che il peso dei globuli su di un chilogrammo di sangue è di 127 grammi, e che questo peso diminuisce durante la gravidanza in modo da oscillare fra 120-95 grammi. Becquerel e Rodier trovarono una media di 125 grammi di globuli rossi su 1000 grammi di sangue normale, e secondo i loro esami tale media durante la gravidanza discende a 111 grammi. Regnault trova in tale stato dell' organismo una media ancora più bassa, cioè di 104 grammi. Ci dicono il Tarnier e Chantreuil, a pag. 245 del loro trattato di ostetricia in corso di stampa, che le ricerche recenti di Nasse non differiscono sensibilmente dai risultati ottenuti dai fisiologi Francesi. Questi studi però si sono limitati a constatare la quantità dei globuli rossi. Ora il globulo rosso, come l'ammette il Rollet, e come d'altra parte si può facilmente provare con numerose esperienze, è costituito da uno stroma albuminoide e da una sostanza colorante, l' emoglobina, che vi si può trovare in maggiore o minore proporzione. Da questo fatto risulta, come giustamente osservano Bizzozero e Salvioli (*Sulle variazioni quantitative di emoglobina in seguito a sottrazioni sanguigne, Arch. per le Scienze. Med. Vol. IV, N.° 12*), che non contenendo sempre i globuli la stessa quantità di emoglobina, il numero di quelli non ci può sempre svelare la ricchezza

di questa. Determinare quindi la quantità di emoglobina contenuta nel sangue della gravida ci parve una ricerca non affatto priva di interesse. Inoltre ci confortava nella idea di fare queste indagini anche la considerazione, che avremmo potuto studiare il modo di comportarsi della ricchezza emoglobinica del sangue in seguito alla metrorragia fisiologica del distacco placentare ed alle metrorragie patologiche, studio questo che collima molto con quanto venne già fatto in altro campo da molti sperimentatori (Vierordt, Heidenhain, Panum, ecc.) e recentemente col cromocitometro da Bizzozero e Salvioli. È bensì vero che nel nostro caso l'utero appena sgravato, per lo stato suo di contrattilità e retrattilità variabile aumentando o diminuendo la capacità del sistema vasale uterino, poteva fornire una causa potente di errore, ma pur tuttavia credemmo non essere inutile tentare qualche cosa in tale direzione. I risultati che noi presentiamo non crediamo che si possano finora ritenere in modo assoluto come riposanti su di una base solida e sicura, essendo le nostre ricerche forse ancora troppo in piccolo numero; tali come sono ci parve però che potessero prestarsi a servire come primo materiale per lo svolgimento di questo genere di studi, che vogliamo sperare verranno presto eseguiti e completati da numerosi ricercatori, e che noi per parte nostra ci proponiamo di continuare nel venturo anno. È questa la ragione che ci ha determinati a farne la pubblicazione.

In altrettanti prospetti il lettore troverà indicato il risultato delle nostre indagini che, incerte da principio nel criterio direttivo, come succede in tutti gli studi che si incominciano, ebbero per obbiettivo di determinare i seguenti quesiti:

1.° Quale è la ricchezza emoglobinica del sangue della gravida negli ultimi mesi della gestazione?

2.° Quali sono le variazioni in ricchezza emoglobinica fra il sangue della gestante verso il termine della gravidanza e quello della donna che ha da poco tempo partorito?

3.° Quale è la ricchezza emoglobinica del sangue nella donna puerpera al momento della dimissione della Clinica, cioè verso il termine del puerperio?

Siccome la ricchezza emoglobinica del sangue si desume dal suo grado citometrico, che si ottiene col cromocitometro, così noi dovevamo determinare tre gradi citometrici diversi: il grado citometrico del sangue della donna giunta verso la fine della gravidanza, il grado citometrico del sangue della donna che ha da poco tempo partorito (tempo oscillante fra due o sei ore), ed il grado citometrico del sangue della puerpera al momento della dimissione della Clinica. A questi tre gradi citometrici per brevità di linguaggio abbiamo dato il nome di gradi citometrici *gravidico*, *post-partum* e *post-puerperale*. Noi crediamo inutile spendere parole sulla descrizione del cromocitometro e sul modo con cui si devono praticare le indagini, perchè si può dire che tutta la stampa medica italiana si è occupata di questo strumento con speciali riviste esposte con sufficiente chiarezza e precisione. Rimandiamo il lettore desideroso di maggiori e più dettagliate notizie al lavoro originale del Bizzozero dal titolo: *il cromo-citometro, nuovo strumento per dosare l'emoglobina del sangue*, Torino, stamperia reale, 1879. Avvertiamo per altro, e questo ci sembra avere la sua importanza, che il sangue delle donne da noi esaminate venne ottenuto mercè la puntura della cute, che riveste la superficie interna dell'ultima falange del dito medio di una mano, preferibilmente la sinistra. Nello sperimentare seguimmo in modo rigoroso quanto insegna il Bizzozero nella sua memoria sopracitata. Dei primi esami fatti non ne abbiamo tenuto alcun conto, perchè troppo incerti. Difatti è necessario un certo esercizio per poter fissare per bene al punto di distanza voluto i due dischi di vetro circoscriventi lo spessore dello strato del liquido sanguigno in questione di esame.

Nel seguente quadro sono compendiate tutte le ricerche da noi eseguite. A scanso di equivoci avvertiamo che lo *stato puerperale* per noi abbraccia la gravidanza, il parto ed il puerperio.

(Prospetto N. 1).

ESAME CITOMETRICO DEL SANGUE DELLA DONNA IN STATO PUERPERALE.

Numero d'ordine	Grado citometrico gravidico	Grado citometrico post partum	Grado citometrico post puerperale	OSSERVAZIONI
1	120	»	132	S. buono P. febbre leggiera.
2	106	130	132	S. mediocre, non emorragia, P. febbre mediocre.
3	105	»	92	S. discreto, leggiera emorragia, P. febbre leggiera.
4	110	»	»	S. buono.
5	120	»	»	S. buono.
6	105	»	»	S. buono.
7	106	»	»	S. buono.
8	150	»	174	S. buono, P. con febbre durata 8 giorni.
9	120	»	»	S. buono, P. con febbre grave.
10	112	»	140	S. buono, P. con febbre leggiera.
11	136	»	»	S. buono, polmonite nel sopraparto. P. con febbre.
12	106	»	130	S. buono, non emorragia, P. con febbre grave.
13	112	160	»	S. buono, non emorragia.
14	126	130	»	S. cattivo.
15	150	»	»	S. buono.
16	156	»	»	S. discreto.
17	136	»	»	S. discreto, non emorragia. P. normale.
18	190	120	166	S. buono, P. normale.
19	120	130	»	S. discreto, non emorragia.
20	104	80	130	S. buono, non emorragia. P. con febbre di 10 giorni.
21	114	»	»	S. discreto.
22	200	132	»	S. buono, non emorragia.
23	124	»	»	S. discreto.
24	140	»	»	S. discreto, malaria pregressa.
25	360	450	260	S. anemia progressiva, parto provocato, non emorragia. P. normale.
26	120	160	»	S. buono, non emorragia.
27	120	130	110	S. buono, non emorragia. P. normale.
28	130	»	110	S. buono, non emorragia. P. normale.
29	130	190	160	S. discreto, non emorragia. P. normale.
30	105	»	»	S. buono, non emorragia. P. normale.
31	110	»	»	S. discreto.
32	130	150	110	S. buono, non emorragia. P. apirettico.
33	140	»	»	S. buono.
34	120	150	120	S. buono, non emorragia. P. normale.

NB. — Nella finca osservazioni la **lettera S.** indica le condizioni generali della donna al momento del 1.° esame citometrico, che sono specificate dalla parola che le fa seguito; l'indicazione data dalla parola *emorragia* ha per oggetto di segnalare se fuvvi emorragia patologica, a parte ben inteso della perdita di sangue, che si osserva normalmente al momento del distacco della placenta. La parola **P.** indica il puerperio.

Da questo quadro generale si possono dedurre diversi prospettini, coi quali potremo rispondere ai quesiti che ci siamo posti. Un primo prospettino deve aver di mira la determinazione della ricchezza emoglobinica del sangue della gravida negli ultimi mesi della gestazione. A tale scopo noi possiamo disporre di 34 esami citometrici praticati su 34 donne accettate nel decorso anno scolastico nell'Istituto Ostetrico. Come è facile vedere dalla finca « Osservazioni » del prospetto, le condizioni generali di salute delle nostre donne sono abbastanza svariate, e ciò perchè noi non credemmo di dover fare una scelta minuta fra le gravide e dare la preferenza ad una piuttosto che ad un'altra in una maniera rigorosa. In tal modo agendo pensiamo che la cifra ottenuta come esprimente il grado citometrico sia la rappresentante fedele della ricchezza emoglobinica del sangue delle gestanti, che vennero accettate in Clinica, e quindi delle gestanti povere in generale dell'Agro Modenese. Mirando a tale scopo vennero perciò naturalmente lasciate a bella posta in disparte quelle donne, che erano affette da qualche malattia grave senza relazione colla gravidanza. La donna distinta col N.° d'ordine 25, affetta da anemia, che noi classammo col nome di *progressiva*, senza il distintivo di perniciosa, e la causa della quale ci sfuggì (1), venne di proposito deliberato compresa nel prospetto, perchè congetturammo, che la gravidanza non fosse estranea nelle modificazioni della composizione del fluido sanguigno; e ci pare che in tale congettura vi sia una parte di vero in vista del fatto che dopo il parto, provocato negli ultimi giorni della gravidanza perchè le condizioni generali andavano facendosi sempre più gravi, (si vede appunto una differenza notevole fra il grado *citometrico*

(1) Ci rincresce di non aver esaminato le fecci al microscopio per vedere se contenevano uova di anchilostoma o di anguillula non solo perche in tal modo si sarebbe forse scoperto la causa, o almeno una delle cause dell'anemia, ma anche per il fatto che finora non vennero tali vermi intestinali constatati nella Provincia di Modena. Si noti però che estese ricerche in proposito non furono peranco fatte in modo metodico.

gravidico preso una settimana prima del parto, e il grado citometrico *post-partum* malgrado che non vi sia stata alcuna emorragia nel secondamento) si osservò un miglioramento rapido e decisivo, come è provato dal grado citometrico *post-puerperale.* Crediamo la presenza degli esami citometrici del sangue di questa donna in tutti i prospetti una delle cause, che fecero variare l'indice emoglobinico del sangue degli ultimi giorni della gravidanza nei varii quadri che abbiamo dato.

Ecco il prospetto dei 34 esami destinati a darci una risposta sulla ricchezza emoglobinica del sangue gravidico verso il termine della gestazione.

(Prospetto N. 2).

ESAME CITOMETRICO DEL SANGUE DELLA DONNA GRAVIDA

Num. d'ordine	Grado citometrico	OSSERVAZIONI	Num. d'ordine	Grado citometrico	OSSERVAZIONI
1	120	S. buono	*Riporto*	2266	
2	106	S. mediocre	19	120	S. discreto
3	105	S. discreto	20	104	S. buono
4	110	S. buono	21	114	S. discreto
5	120	S. buono	22	200	S. buono
6	105	S. buono	23	124	S. discreto
7	106	S. buono	24	140	S. discreto
8	150	S. buono	25	360	S. grave
9	120	S. buono	26	120	S. buono
10	112	S. buono	27	120	S. buono
11	136	S. buono	28	130	S. buono
12	106	S. buono	29	130	S. discreto
13	112	S. bnono	30	105	S. buono
14	126	S. cattivo	31	110	S. discreto
15	150	S. buono	32	130	S. buono
16	156	S. discreto	33	140	S. buono
17	136	S. discreto	34	120	S. buono
18	190	S. buono		4533	
A ripor.	2266		Media	133	

Risulta dal prospetto che la media del grado citometrico gravidico da noi cercata è rappresentata dalla cifra 133 pari a ricchezza emoglobinica 82,7. Avvertiamo che per ora nella donna riteniamo come cifra rappresentante il grado citometrico normale il 110, pari a ricchezza emoglobinica (pure normale) 100. Le oscillazioni delle cifre rappresentanti i singoli esami citometrici da noi trovate sono comprese fra il 105 e il 360.

Dal prospetto generale si può desumere anche un certo numero di esami citometrici, coi quali si può tentare una risposta al 2.° quesito che noi ci siamo posti, e che riguarda la variazione in emoglobina cui la gravida va soggetta durante il parto per l'emorragia fisiologica dovuta al distacco placentare. Servirebbe a tale intento un prospetto, nel quale venissero segnate le cifre esprimenti il grado citometrico della gravida prima e poco dopo il parto, ad emorragia del secondamento avvenuta. La separazione della placenta dall'utero si fa a dispendio dei tessuti materni; i villi coriali del feto restano integri o pressochè tali, e la linea di divisione, secondo la quale avviene il distacco, interessa lo strato cellulare (Friedlander) della caduca serotina, nel quale trovansi diramazioni dei seni venosi, di dipendenza del sistema sanguigno materno, che vengono lacerati nel medesimo tempo. Questi seni lacerati, beanti da principio e poi strozzati dalle fibre muscolari liscie dell'utero, che si retrae e si contrae, danno esito ad una certa quantità di sangue, la cifra media della quale da Lingrand, in un lavoro fatto sotto la direzione di Lorain, viene valutata coll'appoggio di 94 osservazioni, a 759 gr. *(Depaul, leçons de Clinique Obstet.*, pag. 573, Paris 1876). Sembra questa cifra a bella prima un po' esagerata; però Devilliers *(Art. Delivrance in Diet. de Med. et Chir. prat. del Jaccoud*, vol. XI, pag. 60, Paris 1869) dice, che l'abbondanza di questo scolo di sangue è assai variabile: qualche volta è poco considerevole, ma nei casi ordinari esso misura in peso 300-500 gr., e può giungere perfino ai 1000 grammi. Non sarebbe forse inopportuno ripetere a scopo di

questi studi nuove ricerche in proposito; ma per ora se riteniamo come esprimente la realtà delle cose la media data dal Lingrand (759 gr.), ed a detta media si aggiunge un centinaio di grammi per lo stillicidio sanguigno che si verifica nelle prime ore di puerperio, si giunge alla bella cifra di 800-850 gr. di sangue perduto dalla donna nel parto e nelle prime ore dopo il parto. L'esame citometrico venne da noi praticato 2-6 ore dopo il parto. E siamo veramente soddisfatti di aver lasciato trascorrere questo periodo di tempo prima di ricercare il grado citometrico *post partum*, perchè le nostre indagini in tal modo diventarono più attendibili. Difatti dal lavoro di Bizzozero e Salvioli (l. c.) risulta che, negli animali sottoposti a salassi, in alcuni la diminuzione dell'emoglobina avviene assai rapidamente in modo da raggiungere il *maximum* ore 6,30 dopo il salasso, in altri invece questo *maximum* viene raggiunto solo 30 ore dopo, in altri 48 ore dopo. Quale sia la ragione del diverso modo di comportarsi degli animali riguardo alla durata delle diminuzioni di emoglobina i predetti sperimentatori per la scarsezza del materiale finora non possono indicare; pare però che la copia di sangue estratto non vi abbia influenza. Comprendiamo che sarebbe stato meglio lasciar passare un 24 ore dal parto prima di assaggiare il grado citometrico delle nostre donne, e valga per scusa di non averlo fatto la considerazione, che al momento in cui noi eseguivamo ancora le nostre ultime esperienze il lavoro di Bizzozero e Salvioli non era ancora pubblicato dovendo esso veder la luce nel prossimo fascicolo del giornale l'*Archivio per le Scienze Mediche;* che anzi se possiamo fare oggi queste considerazioni, lo dobbiamo alla gentilezza del prof. Bizzozero, che ci favoriva un estratto del detto lavoro. Ma abbiamo però sempre ragione di essere contenti di aver aspettato 2-6 ore dopo il parto a praticare i nostri esami invece di farlo subito, perchè i risultati riescono meno erronei. In questo spazio di tempo la quantità procentuale di emoglobina viene a diminuire perchè il liquido plas-

matico dei tessuti penetra nei vasi, ove sostituisce, in modo più o meno completo, la massa liquida sanguigna, che venne perduta. E diciamo in *modo più o meno completo* per le seguenti considerazioni. Bizzozero e Salvioli nel loro lavoro più volte citato hanno provato, che la diminuzione della quantità di emoglobina è presso a poco proporzionale alla quantità di sangue sottratto all'animale, e più precisamente: per ogni quantità di sangue sottratto equivalente all'1 per cento del peso dell'animale, l'emoglobina diminuisce in media dell'11,14 per cento della sua quantità primitiva. Trasportando questi studi sperimentali nel campo ostetrico parrebbe a tutta prima che la diminuzione di emoglobina nella donna che ha di recente partorito debba essere proporzionale alla perdita di sangue, cui è sottostata nel secondamento. Crediamo di poter fare astrazione del sangue perduto nelle prime ore di puerperio per il seguente motivo. Dagli studi degli sperimentatori sopralodati risulta bensì che praticando diversi salassi sopra un animale si verifica sempre una diminuzione di emoglobina proporzionale al grado di dissanguamento, ma risulta anche che il *maximum* di questa diminuzione si estrinseca pur sempre mantenendo il rapporto che si verifica dopo il primo salasso. Stante quindi la brevità del tempo intercorso fra il parto e l'esame destinato a determinare il *grado citometrico post partum* non cadremo in errore non tenendo conto della quantità di sangue perduta nelle prime ore di puerperio, purchè ben inteso questa perdita si mantenga nei limiti normali. Adunque sembrerebbe a tutta prima, lo ripetiamo, che la diminuzione di emoglobina debba essere proporzionale alla perdita media di 759 gr. di sangue. E ciò sarebbe esatto se una massa equivalente di liquido privo di emoglobina penetrasse nel sistema vasale a sostituire il sangue perduto. Ma la quantità di liquido che penetra nei vasi deve necessariamente essere minore di una quantità, che non si può determinare con certezza. Ciò è dovuto al fatto, che durante la gravidanza i vasi uterini sono ampiamente dilatati e contengono una

quantità di sangue, che non si può precisare in modo rigoroso. Dopo il parto per la retrazione fisiologica dell' utero i vasi uterini vengono compressi, e la capacità vasale del sistema uterino diminuisce di una quantità, che è sicuramente proporzionale al grado di retrazione del viscere, ma che è essa pure indeterminata. Ne verrà quindi che la quantità del liquido plasmatico dei tessuti, che deve penetrare nel sistema vasale per sostituire il sangue perduto, dovrà essere minore di questo, e precisamente minore di una quantità proporzionale alla diminuzione della capacità vasale uterina dovuta alla retrazione dell' utero svotato del prodotto del concepimento. Anzi poichè siamo su questo argomento desideriamo giustificare una contraddizione, solo apparente a nostro avviso, che risulta dalle osservazioni N.° 18, 20, 22, nelle quali si vede il grado citometrico dopo il parto diminuire invece di aumentare, il che viene a dire che la quantità di emoglobina dopo l'emorragia del secondamento aumenta invece di diminuire. Essendovi emorragia, si potrebbe ritenere *a priori* che vi debba essere diminuzione di emoglobina, perchè si sa che la quantità procentuale di emoglobina diminuisce anche in seguito a piccole sottrazioni sanguigne che non raggiungono il 2 per cento del peso dell'animale (Bizzozero e Salvioli). Quivi invece la quantità di emoglobina aumenta. Ciò si spiega ammettendo che la emorragia del secondamento sia stata leggera e la retrazione uterina notevole; e notevole tanto da diminuire la capacità del sistema vasale uterino più di quello che sarebbe necessario per mantenere un giusto equilibrio fra la massa totale di sangue residuante nella donna dopo l'emorragia del secondamento, e l'ampiezza dei vasi di tutto il corpo, diminuita di quel tanto dovuto alla retrazione uterina, ma sempre sotto la stessa pressione endovasale. La retrazione uterina insomma agisce come una vera *auto-trasfusione* intesa nel senso che vuole il Lesser *(Conferenze Volkman*, N. 66, *trasfusione ed auto-trasfusione*, pag. 659, Napoli Vallardi, 1878) che intenderebbe ottenerla coll' infasciamento degli arti con la

benda elastica di Esmarch. Supposto ad esempio, per meglio esprimerci, che durante il secondamento non avvenga alcuna emorragia, o solo una lievissima, per la diminuzione del campo vasale nello stato di retrazione uterina il sangue verrà cacciato nel resto del sistema vasale, donde aumentò della pressione endovascovale, e perciò trasudamento della parte sierosa del sangue attraverso le pareti vasali. L'aumento della pressione endovasale sarebbe certamente notevole e di una durata non indifferente, se non vi ponesse riparo fino ad un certo punto la facilità di ingrandimento dei capillari e delle piccole vene degli organi addominali, che giusta le moderne idee sulla trasfusione vasale del sangue sappiamo potere, per influenza nervosa, assumere un'impronta iperemica pronunciata, mentre questa manca nella pelle, nel tessuto sottocutaneo, negli arti e nel sistema nervoso centrale. Ed in queste condizioni di cose si comprende con tutta facilità come la quantità di emoglobina possa, malgrado l'emorragia del secondamento, che si mantiene in limiti ragionevoli, restare inalterata, ed anche aumentare.

Dal quadro generale (prospetto N.° 1) possiamo togliere 13 casi che appunto servono per studiare le variazioni in ricchezza emoglobinica del sangue della gravida per il fatto dell'emorragia che accompagna il secondamento. Ecco il prospetto in questione:

(Prospetto N. 3).

ESAME CITOMETRICO DELLA DONNA CHE HA DA POCO PARTORITO.

N.° d'ordine dell' esperimento	Grado citometrico gravidico	Grado citometrico post partum	OSSERVAZIONI
2	106	130	Non emorragia
13	112	160	»
14	126	130	»
18	190	120	»
19	120	130	»
20	104	80	»
22	200	132	»
25	360	450	»
26	120	160	»
27	120	130	»
29	130	190	»
32	130	150	»
34	120	150	»
	1938	2112	
Media . . .	149	162	

Prima di tutto un' avvertenza. Le parole *non emorragia* ripetute per ogni esame non indicano punto che durante il secondamento sia mancata affatto ogni perdita sanguigna, ma bensì che l'emorragia si è mantenuta nei limiti che sono riguardati come la normale. La cifra media indicante il grado citometrico verso la fine della gravidanza secondo questo prospetto sarebbe il 149 che ci darebbe 73,8 in ricchezza emoglobinica. Questo dato differisce alquanto da quello ottenuto col prospetto generale (Grad. citom. 133 = E 82,7) abbracciante le 34 osservazioni fatte, che noi riteniamo più esatto perchè fondato su maggior numero di ricerche. Questa differenza si deve attribuire ai singoli casi speciali in questione d'esame. Era poi necessario determinare sepa-

ratamente il grado citometrico gravidico delle donne, che vennero sottoposte ad esame per la determinazione del grado citometrico *post partum*, per poter valutare le differenze del contenuto emoglobinico del sangue nel loro giusto valore di rapporto coll'emorragia del secondamento. *Il grado citometrico post partum* nelle 13 osservazioni del precedente prospetto ha un valore medio di 162 pari ad emoglobina 67,9: la variazione citometrica che subisce il sangue della donna per il fatto della emorragia del secondamento è adunque di 13 grad. citom. pari a 6 di emoglobina.

Sarebbe forse prezzo dell'opera ricercare adesso se la diminuzione di emoglobina sia proporzionale alla quantità di sangue perduto. Noi abbiamo già esposto a lungo le ragioni per le quali non credevamo che tale proporzione potesse esistere. Non intendiamo però darne una dimostrazione rigorosa mancandoci alcuni dati necessari, quale ad esempio il peso medio delle donne in questione di esame. Questo peso non fu da noi cercato per la mancanza di una bilancia a *bascule*, che finora coi mezzi di cui dispone il laboratorio non abbiamo potuto acquistare. Ci sembra però che la semplice considerazione dell'essere il 6 la cifra rappresentante la differenza nella quantità di emoglobina prima e dopo il parto appoggi il nostro modo di vedere. Sappiamo di già che nel cane per ogni sottrazione sanguigna che corrisponde all'1 per cento del peso dell'animale, si ha 11,14 di diminuzione nel contenuto emoglobinico del sangue. Ora se noi supponiamo il peso del corpo eguale a kilogr. 63,65, la quantità di sangue di 5 kilogr. (calcolata secondo le indicazioni di Welcker e Bischoff che la vogliono eguale ad $^1/_{13}$ del peso del corpo), i 750 grammi dell'emorragia del secondamento costituiscono appunto una quantità di sangue equivalente presso a poco all'1 per cento del peso totale del corpo (più esattamente l'1,02). Se la diminuzione dell'emoglobina fosse proporzionale alla perdita di sangue subita dall'organismo durante il secondamento, invece del 6 per lo meno si dovrebbe

avere l' 11,14 come rappresentante la differenza emoglobinica fra il sangue della gravida e quello della donna, che ha di fresco partorito. La diminuzione dell'emoglobina essendo solo di 6, viene a dare una conferma alla supposizione della diminuzione della capacità vasale dell' utero per la retrazione uterina. Ed essendo inoltre questa diminuzione della capacità vasale proporzionata al grado di retrazione uterina, sarà bene in altre ricerche tener nota delle condizioni dell'utero nel momento in cui si praticherà l'esame citometrico.

Il terzo quesito che ci eravamo proposto di risolvere si riferisce alla determinazione della ricchezza emoglobinica del sangue della donna puerpera al momento della dimissione della Clinica. Crediamo bene avvertire che nella Clinica Modenese le donne vengono licenziate in dodicesima giornata dopo il parto, se il puerperio decorse normale; più tardi, a seconda del bisogno, se il puerperio fu morboso; ma in ogni caso la dimissione viene fatta quando le condizioni generali della donna sono buone, o per lo meno discrete. Considerando noi il puerperio come terminato al momento dell' uscita della donna, quantunque realmente secondo la definizione scientifico-pratica nol sia, abbiamo dato al grado citometrico ottenuto in tale momento il nome di *post-puerperale.* Dal prospetto generale N.° 1 possiamo togliere i seguenti dati:

(Prospetto N. 4).

ESAME CITOMETRICO DELLA PUERPERA ALL'ATTO DELLA DIMISSIONE.

N.° d'ordine dell'esame	Grado citometrico gravidico	Grado citometrico post puerperale	OSSERVAZIONI
1	120	132	Febbre leggiera in puerperio.
2	106	132	P. con febbre mediocre.
3	105	92	P. con febbre leggiera.
8	150	174	P. con febbre di otto giorni.
10	112	140	P. con febbre leggiera.
12	106	130	P. con febbre grave.
18	190	166	P. normale.
20	104	130	P. con febbre grave.
25	360	260	P. normale.
27	120	110	P. normale.
28	130	110	P. normale.
29	130	160	P. normale.
32	130	110	P. normale.
34	120	120	P. normale.
Media . .	141	140	

La cifra media rappresentante il grado citometrico gravidico delle donne prese in esame per la determinazione del grado citometrico puerperale, come appare dal precedente prospetto, è di 141 pari ad emoglobina 77,7. Questa cifra si allontana alquanto da quella che ci rappresenta il grado citometrico gravidico delle 34 osservazioni del prospetto N.° 2 (G 133 = E 82,7) e delle 13 osservazioni del prospetto N.° 3 (G 149 = E 73,8): la differenza è dovuta evidentemente alle condizioni generali delle donne in questione di esame. Pertanto la cifra media del grado citometrico gravidico delle osservazioni del prospetto 4 essendo G 141 = E 77,7, e la cifra media del grado citometrico *post-puerperale* essendo invece espressa dal 140 = E 78,5, ne risulta, che per il fatto del

puerperio in generale la quantità di emoglobina ha tendenza ad aumentare. Questa tendenza si vede molto più spiccata nel puerperio normale. Le 14 osservazioni componenti il precedente prospetto possono suddividersi in due prospettini, che ci daranno un'idea del modo di comportarsi dell'emoglobina al termine del puerperio, sia stato questo normale o morboso. Per il puerperio normale avremo la seguente tabella:

(Prospetto N. 5).

GRADO CITOMETRICO POST-PUERPERALE IN SEGUITO A PUERPERIO NORMALE.

Num. d'ordine dell'esame	Grado citometrico gravidico	Grado citometrico post puerperale	OSSERVAZIONI
18	190	166	P. normale
25	360	260	P. id.
27	120	110	P. id.
28	130	110	P. id.
29	130	160	P. id.
32	130	110	P. id.
34	120	120	P. id.
Media	168,5	148	

Il grado citometrico gravidico delle 7 osservazioni che ebbero puerperio normale risulta di 168,5 pari ad emoglobina 65,29; il grado citometrico *post-puerperale* è invece solo di 148 = E 74,32. Si vede quindi che in un puerperio normale l'organismo non solo fa un guadagno tale di emoglobina capace di ovviare alla perdita toccatagli per il fatto dell'emorragia fisiologica del secondamento, ma anche capace di migliorare il grado citometrico *post-puerperale* in confronto del grado citometrico gravidico di 20,5 Gr. citom. pari ad E 9,03.

Vediamo ora invece come si comporta l'emoglobina per il fatto di un puerperio morboso. Avrà il lettore già rimarcato non avere noi battezzato il puerperio morboso col suo titolo diagnostico, ma invece aver solo tenuto conto della febbre, che distinguemmo in leggera, mediocre e grave a seconda della sua durata ed intensità; leggera ritenemmo quella febbre, che dura solo 3-5 giorni e che può raggiungere anche la temp. di 40°, ma solo per breve tempo; mediocre quella, nella quale la temperatura persiste a 40° o al di là di 40° per un certo tempo, e che dura 5-8 giorni; grave infine chiamammo quella, nella quale la durata della febbre oltrepassa una settimana e che può raggiungere temperature anche più elevate. Abbiamo creduto più opportuno tener conto del decorso febbrile invece di dare la formola diagnostica della malattia, da cui furono colpite le singole puerpere, per la grande importanza delle elevate temperature sulla costituzione del *liquor sanguinis*, specialmente per ciò che riguarda il suo contenuto globulare. Ecco il quadro in questione, composto di 7 osservazioni, ed anch'esso dedotto dal prospetto N.° 4.

(Prospetto N. 6).

GRADO CITOMETRICO POST-PUERPERALE IN SEGUITO A PUERPERIO MORBOSO.

Num. d'ordine dell'esame	Grado citometrico gravidico	Grado citometrico post puerperale	OSSERVAZIONI
1	120	132	P. con F. leggera
2	106	132	P. con F. mediocre
3	105	92	P. con F. leggera
8	150	174	P. con F. grave
10	112	140	P. con F. leggera
12	106	130	P. con F. grave
20	104	130	P. con F. grave
Media	114,7	132,8	

Il grado citometrico gravidico di queste sette donne che ebbero un puerperio morboso è adunque di 114,7. È un grado citometrico che si avvicina moltissimo alla media fisiologica. Il grado citometrico *post-puerperale* è invece di 132,8. Per formarsi un criterio della influenza che esercita il puerperio morboso sulla ricchezza emoglobinica del sangue non si devono considerare questi due gradi citometrici isolatamente, ma in rapporto l'uno coll'altro. E dal confronto risulta che il puerperio febbrile, aiutato dalla emorragia del secondamento, fa diminuire la ricchezza emoglobinica del sangue di 13,08 pari a gradi citometrici 18,1. Difatti il G. cit. gravidico di 114,7 è uguale ad E 95,90 mentre il G. cit. *post-puerperale* di 132,8 è pari ad E 82,82.

Possiamo quindi conchiudere che il puerperio in generale ha tendenza ad aumentare la ricchezza emoglobinica del sangue; che questa tendenza è spiccata specialmente per il puerperio normale, mentre il puerperio febbrile all'opposto diminuisce la quantità del contenuto emoglobinico nel sangue.

Ci permetterà il lettore di dedurre dal prospetto generale un'altra tabella, la quale offre il vantaggio di controllare i singoli risultati ai quali siamo pervenuti. In tale tabella noi metteremo le osservazioni riguardanti quelle donne, dalle quali si dedussero i tre gradi citometrici *gravidico, post-partum* e *post-puerperale.* Da esse risulteranno una volta di più le variazioni nella quantità di emoglobina contenuta nel sangue della donna gravida, che ha di fresco partorito, e che è giunta pressochè al termine del puerperio. Il numero delle osservazioni di cui possiamo profittare per questo intento è solo di otto, che sono compendiate nel seguente quadro:

(Prospetto N. 7).

N.° d'ordine degli esami	Grado citometrico gravidico	Grado citometrico post partum	Grado citometrico post puerperale
2	106	130	132
18	190	120	166
20	104	80	130
25	360	450	260
27	120	130	110
29	130	190	160
32	130	150	110
34	120	150	120
Media . .	157,5	175	148

Si avrebbero adunque in queste otto osservazioni, come esprimenti i tre gradi citometrici, le seguenti cifre: per il gravidico il 157,5 per il *post-partum* il 175 e per il *post-puerperale* il 148. Donde risulta che il grado citometrico gravidico aumenta poco dopo il parto e diminuisce durante il puerperio. La emoglobina ha invece un decorso inverso essendo durante la gravidanza rappresentata dalla cifra 69,84 (G. cit. 157,5), dopo il parto da 62,85 (G. cit. 175) e al termine del puerperio da 74,3 (G. cit. 148). Ciò concorda perfettamente coi risultati già ottenuti: si vede difatti il grado citometrico gravidico dato dal prospetto N.° 2, aumentare quando si fa grado citometrico *post-partum*, che è dato dal prospetto N.° 3, e diminuire in modo da raggiungere quasi il livello primitivo al momento della dimissione della donna dalla Clinica, cioè quando diventa grado citometrico *post-puerperale*, come si scorge appunto dal prospetto N.° 4. È inutile aggiungere che la emoglobina segue anche qui un decorso inverso al grado citometrico.

Riassumendo crediamo poter rispondere nel seguente modo ai tre quesiti che ci eravamo proposti.

1.° La quantità di emoglobina contenuta nel sangue della gravida nell'ultimo mese di gestazione è inferiore alla quantità di emoglobina contenuta in un sangue normale. Se esprimiamo con la cifra 100 la quantità di emoglobina contenuta in un sangue normale, la quantità di emoglobina gravidica è solo di 82,7.

2.° L'emoglobina contenuta nel sangue gravidico diminuisce per il fatto dell'emorragia fisiologica, che accompagna il secondamento, di una quantità che è rappresentata da una differenza di 13 grad. citom. (pari a 6 di emoglobina). Tale diminuzione in grazia della retrattilità dell'utero di fresco sgravato non è proporzionale, ma bensì inferiore alla perdita di sangue subita dall'organismo. In qualche raro caso non si verifica nessuna diminuzione di emoglobina, che anzi la si è vista aumentare.

3.° Si può ritenere in genere che il puerperio ha tendenza a far aumentare la quantità di emoglobina contenuta nel sangue della donna appena sgravata. Ma qui si deve fare una distinzione capitale. Il puerperio normale ha una influenza decisiva e non solo riconduce nel sangue la proporzione di emoglobina, che esso conteneva prima del parto, ma va più in là in modo da aumentarla di una quantità, che può venir espressa da una differenza di 20,5 grad. citom. pari ad Em. 9,03. — Il puerperio morboso all'opposto può non aumentare l'emoglobina e quando la febbre è molto intensa seguitare a diminuirla.

II.

Ricerche col cromocitometro sul momento più opportuno per l'allacciatura del funicolo ombellicale.

Il problema riguardante il momento più opportuno per praticare l'allacciatura del funicolo ombellicale ha destato da lungo tempo l'attenzione degli ostetrici, tra i quali è giusto citare i

nomi dello Stoltz e del Tarnier. Budin recentemente ha, si può dire, risuscitato questa quistione, ed in seguito ad un suo lavoro furono iniziate numerose ricerche per indagare se sia più conveniente allacciare il funicolo subito dopo l'espulsione del feto *(allacciatura precoce)*, o se invece non sia più utile per il neonato eseguire l'allacciatura dopo la cessazione delle pulsazioni delle arterie del funicolo *(allacciatura tardiva)*. E si andò anzi più in là, e riguardo all'allacciatura tardiva si volle ricercare se convenga di più aspettare due minuti dopo la sospensione dei battiti dei vasi del funicolo, oppure se non si debba allacciare subito dopo la cessazione delle pulsazioni di detti vasi. A questo modo di allacciatura si potrebbe dare il nome di *intermedia*. Le ricerche fatte hanno per base esperienze comparative eseguite addottando ora l'allacciatura precoce, ora la tardiva, e più raramente l'intermedia. Esse si possono in modo abbastanza naturale dividere in tre gruppi. Nel 1° gruppo sono compendiate quelle che hanno preso per punto di partenza la quantità di sangue che si trova nella placenta dopo l'allacciatura del funicolo; nel 2° quelle che hanno preso per punto di partenza il peso del neonato; nel 3° quelle che hanno preso per punto di partenza la numerazione dei globuli rossi del sangue del neonato.

Nel 1° gruppo noi troviamo, prime fra tutte, le ricerche del Budin, che esporremo un po' dettagliatamente per correre invece rapidamente sulle altre. Budin. *(Progrès Médical,* 1875 e 1876) riferisce due serie di fatti. Nella 1ª serie (32 casi) il bambino una volta espulso lo si lasciò gridare, respirare ed agitarsi, e non si allacciò il funicolo che dopo uno, due, o tre minuti che le arterie ombellicali avevano cessato di pulsare. Nella 2ª serie (30 casi) invece, il bambino una volta espulso, lo si lasciò respirare largamente ed emettere uno o due grida, e poi venne allacciato il cordone. In entrambe le serie di osservazioni venne raccolto e misurato esattamente il sangue che si potè far uscire dalla sezione placentare del funicolo. Nella 1ª serie di osservazioni si ot-

tenne in tal modo una media di 11 c. c. di sangue mentre nelle osservazioni del 2º gruppo la quantità di sangue in tal modo ottenuta è rappresentata da una media di 98 c. c. Ciò dimostra che praticando la legatura e la sezione del funicolo ombellicale subito dopo il parto si impedisce al bambino di aspirare 87 c. c. di sangue dalla placenta. Donde la conclusione che non si deve eseguire la legatura e la sezione del cordone ombellicale che uno o due minuti circa dopo la cessazione delle pulsazioni delle arterie ombellicali. Budin cerca di spiegare questo fatto nel seguente modo: nel momento in cui alla vita fetale succede la vita extrauterina, i polmoni si dilatano e si lasciano distendere nello stesso tempo dall'aria e dal sangue. Questo afflusso di sangue ai polmoni è chiaramente dimostrato dal loro aumento di peso, aumento che Plouquet aveva cercato di utilizzare per la docimasia polmonare. Il sangue che cammina dalla placenta verso il feto nella vena ombellicale viene adunque nei polmoni e nella circolazione generale del neonato; ma finchè i battiti del cordone persistono, dopo ciascuna contrazione del cuore una certa quantità di liquido sanguigno è lanciata per le arterie ombellicali verso la placenta, alla quale il bambino rinvia quindi una parte del suo sangue. Perciò prima di eseguire l'allacciatura conviene attendere che le pulsazioni del cordone siano cessate. In altre parole, nel feto prima della nascita le diramazioni dell'arteria polmonare sono vuote o pressochè tali: nel neonato si riempiono per l'aspirazione esercitata sul sangue dalla cassa toracica in posizione inspiratoria. Se nel momento in cui avviene questa inspirazione il funicolo ombellicale è ancora pervio l'aspirazione toracica si farà sentire anche sul sangue contenuto nei vasi placentari che tenderà a portarsi verso il neonato; ma se il funicolo è allacciato a questi non arriva più alcuna nuova quantità di sangue, ed i vasi polmonari saranno distesi dal solo sangue che si trova nel corpo del feto.

Zweifel (*Centralblat f. Gyn.* 1871, 1 e *Arch. f. Gyn. B. XIII. H.* 3»

pag. 461) in due pubblicazioni riferisce di avere a sua volta intrapreso ricerche che dimostrano, che la placenta nei casi in cui si allaccia precocemente il funicolo contiene maggior quantità di sangue che non quando si ricorre all' allacciatura tardiva. Egli ha seguito un processo molto complicato e che mi pare più incerto di quello del Budin per tali ricerche, dalle quali risulta che la differenza del sangue che trovasi nelle placente trattate coi due metodi di legatura sovra esposti è di circa 90 grammi in favore dell'allacciatura precoce.

Helot e Brunon *(Etude de physiologie experimentale sur la ligature du cordon,* 1878) in un lavoro che contiene ricerche assai estese e che avremo man mano occasione di citare, dicono di aver constatato che lo scolo di sangue che avviene dall'estremo placentare del funicolo è molto più abbondante dopo l' allacciatura precoce che dopo la tardiva (66 gr. di differenza).

Ma prima di questi due autori il dott. Kohly aveva parimenti lavorato in tale direzione, e col suo lavoro egli giunse alle stesse conclusioni di Budin.

Fra i ricercatori che hanno preso per punto di partenza delle loro osservazioni il peso del feto noi troviamo Scuking, Helot e Brunon, Hofmeier, Porak, ed uno di noi

Scuking *(Berl. Klin. Wochens.* 1, 2, 1877) invece di pesare il sangue della placenta ha creduto più conveniente pesare il neonato nei primi minuti della vita extrauterina. Egli adopera a tale scopo una bilancia sensibile a 5 gr. Da cinque osservazioni risulta che messo il feto appena espulso sopra la bilancia a cordone ombellicale integro, il suo peso va aumentando fino alla cessazione del battito delle arterie ombellicali: l' aumento medio di questo peso è di gr. 62.

Helot e Brunon (loc. cit.) hanno visto seguendo lo stesso metodo di ricerche il peso del neonato, a cui venne fatta l'allacciatura tardiva del funicolo, aumentare in questo frattempo in media di 53 gr. di peso.

Porak (*these inaugurale de* 1878 *e Arch. de tocol.*, gennajo 1879) complica il quesito rendendolo più pratico. Egli pesa con cura i bambini alla nascita, durante il loro soggiorno nell' Ospizio, e al momento della dimissione. A questi bambini egli aveva praticato l'allacciatura del funicolo un minuto, due minuti dopo la nascita e due minuti dopo la completa cessazione dei battiti delle arterie ombellicali. Dalle sue ricerche risulta che il momento più favorevole per l' allacciatura del funicolo sembra essere il principio del 3° minuto di vita extrauterina: e siccome si è allora che le pulsazioni delle arterie ombellicali generalmente cessano, così egli conchiude che bisogna allacciare il funicolo subito che le arterie ombellicali sospendano le loro pulsazioni. Abbiamo già detto che a tale allacciatura noi, per distinguerla da quella del Budin, che vuole allacciare due minuti dopo la completa cessazione dei battiti delle arterie ombellicali, abbiamo dato il nome di *intermedia.* Sarebbe da preferirsi l' allacciatura intermedia alla tardiva perchè i bambini aumentano di più in peso dopo la diminuzione che si è soliti verificare nei primi tre giorni di vita, e perchè l' allacciatura tardiva predispone alle emorragie ed all' ittero in grazia del soverchio riempimento sanguigno del sistema vasale del neonato; donde aumento di tensione endovasale e perciò tendenza alle emorragie; donde distruzione notevole dei globuli del sangue e perciò itterizia ematica. Queste idee del Porak, e la teoria con cui egli vorrebbe spiegare l'accumulo del sangue nell'organismo del neonato pare che non siano andate troppo a sangue al Ribemont il quale in un suo scritto (*Ann. de Gynec.* febbraio 1879) le ha combattute conchiudendo in favore dell' allacciatura tardiva pura e semplice.

Hofmeier (Cent. f. Gyn. 1878. 18) ha pure pesato i bambini appena espulsi dalle vie genitali con il funicolo integro, e vide il loro peso aumentare di 63 gr.

Uno di noi (Cuzzi), fin dal tempo in cui era assistente alla Clinica Ostetrica di Torino (1876), nel fare qualche esperienza

su tale argomento aveva osservato che se si aspettava ad allacciare il funicolo che le arterie ombellicali sospendessero ogni pulsazione, e prima di porre il laccio in sito si comprimeva il funicolo afferrandolo con due dita il più possibilmente vicino ai genitali, e si strisciava col funicolo in tal modo compresso verso il bellico per svotare i vasi ombellicali nell' interno del corpo del feto, il neonato cadeva spesso in uno stato di sopore. Più tardi diventato assistente nell'Ospizio di Santa Caterina di Milano, le ricerche sull'allacciatura del funicolo vennero fatte metodicamente in circa 15 bambini. Appena il bambino espulso, lo si collocava su di una bilancia lasciando integro il funicolo ombellicale, e si notavano i cangiamenti in peso fino al momento in cui sospendendosi i battiti nelle arterie ombellicali, il cordone veniva allacciato e tagliato. Si è adunque all'allacciatura *intermedia* cui si ricorse in dette esperienze. L'aumento in peso del neonato si può calcolare di 25 a 30 gr. L'aumento, a dire il vero, fu segnato dalla bilancia solo in 10-15 gr. (media); ma si deve ritenere come di 25-30 gr. perchè la bilancia usata per simili pesature era sensibile solo a 15 gr. (1). Non venne mai constatato alcun accidente disgustevole in seguito a detta allacciatura intermedia, allacciatura che viene praticata in modo sistematico nella Clinica Ostetrica di Torino, nell'Ospizio di Santa Caterina in Milano già fin da qualche anno prima che il Porak iniziasse le sue ricerche, e nella Clinica Ostetrica di Modena, dopo che uno di noi ne assunse la direzione.

Lo stato soporoso osservato in quei pochi bambini, nei quali si era agito sul funicolo in modo da svotarlo del suo contenuto nel sistema sanguigno del neonato prima di allacciarlo, appogge-

---

(1) Non riporto qui il prospetto di queste esperienze essendomi stato impossibile ritrovare fra le mie note lo scritto riguardante queste ricerche. I miei ricordi però sono abbastanza vivi per guarentirmi dall'errore nella cifra esprimente il risultato di esse (Cuzzi).

rebbe la spiegazione che Porak dà degli inconvenienti da lui osservati nell' allacciatura tardiva, inconvenienti che egli fa dipendere dalla contrazione uterina, la quale comprimendo la placenta ne caccia il sangue verso il feto attraverso la vena ombellicale. È questa la teoria trovata per spiegare l' aumento del peso dei neonati delle sue osservazioni dallo Schucking, il quale dichiara erronea la teoria dell'aspirazione toracica nell'inspirazione, invocata dal Budin. E per Porak la compressione della placenta per le contrazioni uterine diventerebbe assai dannosa quando è cessata ogni pulsazione nelle arterie ombellicali, che devono, secondo il suo modo di vedere, essere considerate come una valvola di sicurezza contro il soverchio riempimento del sistema vasale del bambino. Per combattere questa conclusione, per far risaltare che la causa della penetrazione del sangue nel sistema circolatorio del neonato risiede nell'aspirazione toracica, e per dimostrare che la pressione esercitata dall'utero non è che una causa adiuvante secondaria il Ribemont (Arch. de tocolog. Octob. 1879) con un'ingegnoso apparecchio misurava nei primi minuti della vita extrauterina le variazioni che subisce la tensione media del sangue contenuto nei vasi funicolari in seguito ai vari modi di allacciatura. Questo modo di procedere era già stato seguito da Scuking.

Ma è tempo di ritornare al nostro argomento lasciando in disparte ogni discussione teorica. Nel terzo gruppo di ricerche che hanno per base l' esame del sangue del neonato si trova Heliot e Brunon ed Hayem. Ci rincresce di non esserci potuto procurare il lavoro di Hayem. Il risultato però, al quale è giunto, è il seguente: in seguito alla allacciatura tardiva del funicolo ombellicale egli vide il sangue del neonato contenere in un millimetro cubo circa mezzo milione di globuli rossi (489,000) di più del sangue del neonato, nel quale era stata praticata l' allacciatura precoce. Helot e Brunon hanno ricorso a ricerche di simil genere. Si sa che in un millimetro cubo di sangue sono contenuti circa 5 milioni di globuli rossi. Helot e Brunon hanno tro-

vato in media che: un mill. cubo di sangue di neonato con allacciatura precoce contiene 5,080,715 globuli rossi; e un millimetro cubo di sangue di neonato con allacciatura tardiva contiene 5,983,347 globuli rossi. Perciò allacciando tardivamente il funicolo ombellicale si avrebbe il vantaggio della presenza di un milione circa di globuli rossi di più in un millimetro cubo di sangue del neonato (902,632).

Noi abbiamo pensato che nello studio di questo argomento il cromocitometro poteva trovare un' utile applicazione. Abbiamo quindi stabilito due serie di ricerche: nella 1.ª il funicolo venne allacciato appena venuto alla luce il bambino; nella 2.ª serie il funicolo venne allacciato al momento in cui le arterie ombellicali cessavano di pulsare. Una volta prestate le prime cure al bambino, e quindi mezz'ora a tre quarti d'ora dopo la nascita si praticava l'esame citometrico. Il sangue venne ottenuto mercè piccola incisione eseguita colla lancetta alla regione interna della parte inferiore dell'avambraccio, di preferenza il sinistro. La piccola incisione era poi chiusa e mantenuta fuor del contatto dell'aria con una pennellatura di collodion. Aggiungiamo che noi non abbiamo mai osservato accidenti notevoli in seguito all' all' allacciatura praticata a completa cessazione delle arterie ombellicali (intermedia).

Ecco il prospetto delle esperienze fatte:

Allacciatura precoce		Allacciatura tardiva (intermedia)	
Numero degli esperimenti	Grado citometrico	Numero degli esperimenti	Grado citometrico
1	82	1	68
2	70	2	64
3	100	3	58
4	70	4	62
—	—	5	65
—	—	6	65
—	—	7	70
—	—	8	65
Media . . .	80. 5	Media . . .	64. 6

Risulta da questo prospetto che allacciando prematuramente il funicolo ombellicale il grado citometrico del sangue del neonato è di 80,5 = E 136,6, mentre attendendo per allacciare la cessazione del battito delle arterie ombellicali il grado citometrico è di 64,6, = E 171,8. Si ha quindi una differenza in ricchezza emoglobinica di 35,2; il che viene a dire che allacciando prematuramente il funicolo si diminuisce il sangue del feto della precedente quantità procentuale di emoglobina. Non vogliamo estenderci più lungamente in considerazioni coi dati ottenuti, desiderando aspettare fino ad un tempo più opportuno cioè quando avremo aumentato il numero delle nostre ricerche. Intanto risulta anche il fatto, del resto già conosciuto, che la quantità di emoglobina del neonato, si sia ricorso all'allacciatura tardiva oppure all' allacciatura precoce o preventiva, è proporzionalmente superiore a quella dell'adulto.

III.

Sulla termometria locale nello stato puerperale.

Lo studio della temperatura locale del corpo umano che in Clinica Medica venne fatto con risultati diversi da Duval e Landrieux, da Wegscheider, da Concato, da Peter, da Fiori e Graziadei, ha assunto un interesse speciale anche per l' Ostetrico dopo che il Peter nelle sue Leçons de Clinique Medicale (Vol. II. Paris, 1879) lo ha trasportato nel campo puerperale. Il Clinico Francese coi risultati fornitigli dall'esame della temperatura ascellare e del quinto o sesto spazio intercostale di sette puerpere viene alla conclusione, che la temperatura è più elevata allo spazio intercostale che nell'ascella della donna che ha di recente partorito, e che solo raramente queste due temperature sono eguali; il che è assolutamente diverso da quanto si osserva nella donna fuori dello stato puerperale. È bene notare per darci una spiega di ciò, continua il Peter, che il termometro posto nel quinto o nel sesto spazio intercostale è assai vicino al polmone (a meno di un centimetro di distanza) mentre quando è collocato nel cavo ascellare si trova a più di tre centimetri di distanza dalla sommità polmonare: nel 1.° caso adunque il termometro è assai vicino al polmone o meglio ad una parte assai espansa del polmone, mentre nel 2.° caso non solo è più lontano dal polmone ma da una regione polmonare poco voluminosa (apice). Si ha qui una doppia condizione di *vicinanza* e *di massa* che rende ragione della maggior elevazione della temperatura nel quinto e sesto spazio intercostale in confronto dell'ascellare. Là ove avvi maggior quantità di sangue esiste maggior calore, dice lo stesso Peter nel Vol. I della sua opera parlando della termometria degli spazi in-

tercostali nelle affezioni infiammatorie della plevra: ora il polmone essendo più caldo nella donna gravida verso il termine della gestazione, nella puerpera e nella donna che allatta (fatto ben inteso astrazione da qualsiasi stato morboso pleuro-polmonare), vorrà dire che in esso fisiologicamente si trova maggior quantità di sangue, e questa condizione di cose predispone l'organo alle congestioni, alle emorragie, alle infiammazioni nella puerpera e nella nutrice.

Il Peter, uno degli ultimi rappresentanti della Scuola di Trousseau, è persona seria e stimabile nel campo clinico, e quanto egli scrive merita sinceramente di venir discusso, massime quando giunge a conclusioni fisio-patologiche così importanti come l'attuale. Abbiamo quindi creduto conveniente di cercare di controllare i risultati termometrici ai quali è pervenuto. Ma poichè intraprendevamo uno studio di *termometria clinica puerperale* pensammo non fosse cosa inutile dare al medesimo una più vasta estensione. Oltre la temperatura ascellare che viene clinicamente considerata come la rappresentante della temperatura generale del corpo, e la temperatura intercostale che è quella in discussione, noi volgemmo il nostro pensiero anche alla temperatura *ombellicale* che noi crediamo allo stesso titolo di poter considerare come esprimente la temperatura addominale, e alla temperatura *vaginale* che si può ritenere come l'espressione della temperatura genitale. Ed abbiamo creduto utile la ricerca della temperatura ombellicale e vaginale perchè entrambe possono, ragionando a priori almeno così si potrebbe conchiudere, essere influenzate da processi morbosi del peritoneo o degli organi genitali, così frequenti nel puerperio. E non solo nel campo patologico, ma anche nel fisiologico la determinazione di queste due temperature poteva avere la sua importanza, poichè il termometro infossato nella cicatrice ombellicale od introdotto in vagina, si trova assai vicino all'utero, il quale per il fatto del parto subisce grandi cangiamenti nella quantità di sangue che scorre nel suo sistema vasale. Non c'è

punto ignoto che osservazioni termometriche ombellicali e vaginali furono di già intraprese nelle malattie addominali e genitali; ma sia perchè vennero eseguite per scopi diversi dal nostro, sia anche per l'utilità che può presentare uno studio d'insieme come noi intendiamo di farlo, abbiamo creduto opportuno di ripeterle.

Non è nostro pensiero discutere per ora quanto asserisce il Peter o riferire quanto venne scritto da altri su questo argomento, avendo il presente scritto l'impronta di una comunicazione pura e semplice. Ci limitiamo quindi a riportare nel seguente prospetto i risultati ai quali siano pervenuti colle nostre indagini. Ma prima un'avvertenza non sarà fuori di luogo: le cifre del prospetto che diamo riguardano solo la donna gravida verso il termine della gestazione (9.° mese): prima di tutto era diffatti necessario stabilire per bene quale è il grado delle diverse temperature locali nella gravidanza in donna sana. Al prospetto che contiene le esplorazioni termiche della gravida, dovremo far seguire altri prospetti contenenti le indagini eseguite per determinare le temperature locali nella partoriente e nella puerpera sana, per venire poi ad eguali ricerche nella puerpera ammalata. Diciamo a bella posta *dovremo* far seguire questi altri prospetti, perchè potremmo bensì oggi riunire un certo numero di cifre sulla termometria negli stati fisiologici o patologici sovraenunciati; ma da esse evidentemente non si sarebbe in diritto di dedurre dei corollari. È quindi più opportuno aspettare addirittura che dette cifre siano più numerose e contentarci per ora delle *temperature locali gravidiche.*

TEMPERATURE LOCALI GRAVIDICHE.

N.° d'ordine	T. ascellare	T. intercostale	T. ombellicale	T. vaginale
1	37. 4	35. 2	34. —	37. 5
2	36. 9	36. 4	36. 2	37. 4
3	36. 7	36. 3	36. 1	37. 4
4	37. 2	36. 7	36. 3	37. 5
5	37. 6	36. 8	36. 7	37. 8
6	37. 5	35. 2	34. —	37. 7
7	37. 4	36. 8	36. 6	37. 4
8	37. 1	36. 5	36. 4	37. 8
9	36. 7	35. 9	36. 3	37. 8
10	37. 6	36. 8	36. 7	37. 8
11	37. 3	36. 6	36. 4	37. 8
12	37. 3	36. 6	36. 4	37. 7
13	37. —	36. —	35. 9	37. —
14	36. 7	36. 1	36. 3	37. 1
15	36. 9	35. 9	36. 3	37. 4
16	36. 6	35. 9	36. 1	37. 1
17	37. 4	36. 3	36. 6	37. 5
T. media.	37. 13	36. 23	36. 07	37. 47

Due parole sul modo da noi seguito per raccogliere questi dati termometrici non saranno inopportune. Le singole temperature per ciascuna donna furono prese di seguito collo stesso termometro centigrado, che veniva mantenuto in *situ* per 15' minuti primi: ogni donna richiedeva quindi l'osservazione di un'ora circa. Per la ricerca della temperatura *ascellare*, o generale, si puliva ed asciugava la cavità dell'ascella, nel centro della quale si collocava il bulbo del termometro avendo cura di metterlo a perfetto contatto colla superficie cutanea; allora si chiudeva il

cavo ascellare avvicinando il braccio alla parte latero-anteriore del petto e l'avambraccio semiflesso al davanti dello sterno e si manteneva tale rapporto colla mano dell'osservatore o con una fascia modicamente stretta; la cavità ascellare era a sua volta chiusa circondandola con bambagia, che impediva qualunque dispersione di calore.

Le temperature intercostali le abbiamo prese nel 5.° o nel 6.° spazio intercostale destro. Abbiamo dato la preferenza alla parte destra del torace per evitare minime, ma pur sempre possibili cause di errore per la presenza del cuore a sinistra. Infatti ci pare che la temperatura degli strati superficiali del polmone in rapporto colla regione della pleura, in vicinanza della quale noi venivamo a collocare in tal modo il termometro, debba essere pressochè eguale o di poco superiore a quella della pleura stessa perchè la temperatura polmonare va diminuendo dal cuore verso l'esterno, e quindi anche dalle parti diaframmatiche verso l'apice polmonare; e d'altra parte si sa che la temperatura della pleura secondo Jacobson e Bernhart è più bassa di 0°2, a 0°,5 C. di quella del ventricolo sinistro, e quindi, si potrebbe dire, di quella del cuore in generale. Il bulbo del termometro veniva affondato nello spazio intercostale verso la linea ascellare anteriore, e quindi, coperto con una piega cutanea delle regioni vicine (mammella), era circondato con cotone, ed il tutto, si manteneva in sito con listerelle di diachilon, o colla mano, coll'intermezzo però di un pezzo di cartone, o con una fascia che circondava il torace.

La *temperatura ombellicale* (preferiamo questa denominazione a quella di *addominale* già usata dal Peter nel suo studio sulle temperature morbose locali nelle malattie dell'addome, stato stampato nel *Bull. gen. de therap.*, 30 dicembre 1879, perchè indica con precisione il punto della parete addominale in corrispondenza del quale venne presa la temperatura) si ricercò coll'infossare il bulbo del termometro nella cicatrice ombellicale e cercando di ricoprirlo cogli strati cutaneo-cellulari vicini, cosa che riusciva

più o meno bene a seconda del grado di rilasciamento o di tensione delle pareti addominali. In tal modo il bulbo del termometro era situato a piccola distanza dalla parete anteriore dell'utero. Si mantenne in sito, dopo di aver circondato e ricoperto la parete con bambagia, colle dita della mano che sollevavano in pieghe la pelle al dintorno del bulbo. Crediamo che le differenze notevoli osservate qualche volta siano da mettersi sul conto del grado di tensione delle pareti addominali.

Infine la *temperatura vaginale* venne desunta col portare il bulbo del termometro verso la parte media della vagina.

Risulta dalle 17 osservazioni riportate nel prospetto che la più bassa delle temperature locali prese è la ombellicale oscillante fra 34° *minimum* e 36,7 *maximum*, con una media di 36°. Dopo in ordine progressivo ascendente abbiamo la intercostale con una media di 36,2 e con oscillazioni comprese fra 35,9 *minimum* e 36,8 *maximum;* in terzo luogo viene a temperatura ascellare con una media di 37,1 e con oscillazioni che vanno da 36,6 a 37,6; da ultimo, più elevata di tutte, viene la vaginale con una media di 37,5 e per cifre estreme nelle singole osservazioni il 37, ed il 37,8. La temperatura intercostale è perciò di due decimi di grado più elevata della ombellicale; la ascellare di nove decimi di grado più elevata della intercostale, e la vaginale di quattro decimi più alta della ascellare. Il segnalato rapporto quindi fra la temperatura ascellare e la intercostale del Peter durante la gravidanza almeno non esisterebbe; e ci porta a credere che il nostro risultato sia giusto anche la considerazione del vedere la temperatura ombellicale minore della intercostale, perchè se fosse esatta la interpretazione data dal Clinico francese sulle cifre da lui ottenute si dovrebbe verificare forse l'opposto, trovandosi il bulbo del termometro infossato nel bellico a minor distanza dall'utero, il quale non è certamente nella gravidanza a termine, o quasi, meno ricco di sangue del polmone.

Dall'Istituto Ostetrico di Modena, 15 *luglio* 1880.

CONTRIBUTO
ALLO STUDIO DEL GALATTOCELE

DEL

Dott. GIUSEPPE CATTANI

Le mammelle offrono bene spesso anomalie d'ogni genere di ogni specie e natura; parecchi, se non si possono dire molti, sono i casi stati osservati di polimastia fra questi è celebre quello di Anna Bolena, la più bella donna de' suoi tempi, la quale aveva tre mammelle, per il che, malgrado la sua rara avvenenza, come vuole la tradizione, nel proprio marito Enrico VIII sorse tale avversione, che lo ridusse a farla giustiziare.

La madre dell'imperatore romano Severo, era chiamata *Julia Mammea*, perchè essa possedeva un numero esorbitante di mammelle.

Una sposa per ben tre anni allattò il proprio bambino con un capezzolo alla coscia (Robert).

Le mammelle soprannumerarie seguono l'andamento della funzione delle mammelle ordinarie, intumedendo e secernendo latte allorchè queste si gonfiano e danno il loro secreto.

Le mammelle soprannumerarie, qualora esistano, si trovano per lo più alla regione sternale.

La secrezione lattea offre parecchie anomalie: rara è intanto la mancanza (agalattia). Questa si trova solamente nell'assoluta assenza della glandula. — La maggiore o minor secrezione di latte può dipendere da varie cause, l'abbondanza di secrezione per es. non è sempre data dal sovrabbondante tessuto glandulare

o dalla buona costituzione; si sono appunto viste donne deboli e nervose secernere una straordinaria quantità di latte, queste poi dimagrivano enormemente, malgrado avessero mangiato assai. Non raramente si osserva il flusso latteo dalle mammelle (galattorrea) in donne le quali generalmente non nutrono o cessano ben presto di nutrire: questo si osserva maggiormente in soggetti gracili. — Montgomery osservò un caso nel quale una donna da tre anni dopo il parto aveva ancora il flusso latteo, e dopo cinque potevasi dalle sue mammelle spremere una certa quantità di latte senza che in questo spazio di tempo la donna fosse rimasta gravida. — Due casi recenti di galattorrea sono stati descritti da Prochownick in due primipare.

Noti sono pure alcuni casi di secrezione lattea in fanciulle impuberi. — Baudeloque racconta il caso di una ragazza di otto anni, la quale allattò un bambino suo fratello. Anche nell' uomo fu osservato lo sviluppo della glandula mammaria e della successiva secrezione lattea.

Morgagni (*Adversaria anatomica v.* - Animadversio I Patavii 1719) narra di aver veduto la secrezione lattea in due donne vergini, ed in un uomo robusto.

Humboldt e Bomplant videro nell'America Meridionale un operaio di 32 anni, il quale allattava un bambino, la cui madre era morta dopo il parto.

Schmelzer vide un giovane, che quotidianamente secerneva due oncie di puro latte.

Un altro caso (se è vero) si è quello reso noto da Carpentier-Méricourt, in cui un marinajo al quale morì la moglie, disperato strinse al nudo petto il proprio bambino, il succhiare del quale ebbe tanta forza da provocare la secrezione lattea, colla quale potè esser nutrito. (Hyrtl, *Manuale di anatomia topografica*, Vol. I. Milano 1858, pag. 346).

La secrezione lattea si osserva invece frequentemente nei neonati, la quale scompare ben presto senza uso di rimedj; secondo

il Gerhardt si trova una volta sopra 65 neonati, ma dietro le osservazioni fatte alla Maternità di Milano essa è molto più frequente. Questo fatto come lo fece conoscere il Corradi (1) era già noto presso gli antichi e già fino dal XVI secolo Giulio Cesare Baricelli e poi lo Spigelio, il Morgagni, F. M. Fiorentini ne trattarono l'argomento, più tardi poi il Lanzoni, il Gubler, il Guillot, il Gilette, l'Ewans il Mausell, il Filatow Maroch, Jackson, Franklin, Peaorson, Howard e Stephen il quale ultimo lo credeva erroneamente un fatto rarissimo.

Se la glandula mammaria offre tali anomalie di sviluppo, di numero e di funzione, altrettanto varie e molteplici sono le malattie ad essa proprie. Non avvi neoformazione che non sia stata riscontrata nella mammella, da ogni specie di cancro, al sarcoma, all'adenoma, al fibroma, al tumor cistico, tutti furono osservati e spesse volte diverse specie di tali neoformazioni, esistono contemporaneamente, fornendo così una natura molto complicata al tumore.

Fra i tumori più rari del seno è certo il galattocele o tumore latteo, e si può dire veramente tale, perchè gli autori che ne parlano non fanno che ricordare sempre i medesimi casi. — Il Dott. Rezzonico nel suo lavoro sulle malattie delle mammelle cita un solo caso originale di questo genere, si trattava di una donna di 32 anni la quale portava un tumore cistico della mammella dalla cui apertura si ebbe un liquido latteo in quantità di chilogrammi 2.128, questo caso fu osservato nell' Ospedale Maggiore di Milano. — Recentemente il Beigel in un molto accurato lavoro raccolse tutti i casi conosciuti in proposito; il galattocele (come è ovvio) è molto più raro nell' uomo che nella donna; è forse unico nel suo genere quello narrato da Velpeau: un uomo di 65 anni portava un tumore liquido al seno da nove anni, avente 32 pollici di circonferenza e cadeva sull' addome, aperto questo ne usciva una sostanza che il Velpeau ritenne per latte.

---

(1) A. Corradi *Dell'Ostetricia in Italia.*

Un altro caso che rimane sempre celebre è quello di Scarpa citato dal Volpi: una donna di 26 anni contadina aveva un voluminosissimo tumore mammario, che si estendeva fin sotto l'ascella; aperto che fu, uscirono dieci libbre di fluido lattiginoso che dal Prof. Scopoli di Pavia fu constatato per latte.

Il contenuto dei galattoceli si conserva per lo più liquido, ma talvolta si concretizza e assume i caratteri di un tumore solido. — Un caso di questo genere è probabilmente quello del Morgagni (*Delle sedi e delle cause delle malattie*, Libro IV, Lettera L, § 45), di un uomo nel quale comparso un tumore alla mammella destra, andò sempre aumentando tanto, che, alla fine di un anno era durissimo e grande come un pugno; apertosi spontaneamente dopo 14 mesi dalla sua comparsa, ne uscì una materia simile a calce, dura in qualche punto, e molle in qualche altro.

Ripassando per quanto mi fu possibile la letteratura in proposito, non ho trovato fatto cenno alcuno di galattoceli in bambini. Gli è perciò che ho attribuito uno speciale interesse al primo caso che sto per esporre, la cui pubblicazione ho l'onore di poter fare, per gentile concessione dell'egregio Dott. Ricordi al quale apparteneva il caso clinico.

L'interesse del secondo caso apparisce dal modo dello sviluppo della neoformazione e dalla sua complicata struttura tutt'altro che comune nei tumori mammari. Il materiale di studio di questo secondo caso mi venne cortesemente fornito dagli Egregi Dottori Fumagalli e Visconti (1).

Osservazione I.ª

Il giorno 16 aprile 1880 si presenta nella Casa di Salute di

(1) Ai chiarissimi Dottori Ricordi, Visconti e Fumagalli, porgo qui pubblicamente i miei ringraziamenti.

Milano (dove io allora ero medico) una donna contadina di Gallarate avente con sè il proprio bambino, la quale ricorre alchiarissimo Dott. Ricordi per un male alla mammella sinistra del proprio figlioletto, primo frutto del suo matrimonio.

La madre è sana così pure il padre del bambino, nessuna malattia gentilizia nè in via diretta nè in via collaterale.

Il bambino fu partorito a termine del nono mese di gravidanza, la quale cominciò e continuò col più regolare decorso, anche il parto fu pure scevro di qualsiasi inconveniente, fu nutrito dalla propria madre fino da principio e il bambino sortì una natura robusta e acquistò un eccellente sviluppo:

Ha l'età di 14 mesi — da circa sei mesi si gonfiò la mammella sinistra verso il centro, gonfiore il quale andò mano mano aumentando invadendo uniformemente tutta la mammella, tanto da renderla al volume presente la quale si mostra ora di forma, d'aspetto e dello sviluppo di una mammella di ragazza poco lontana ad essere pubere: capezzolo molto pronunciato, areola alquanto distinta, forma rotonda regolare emisferica di consistenza molle, indolente affatto alla palpazione, dalla papilla mammaria nulla si spreme, fluttuazione distinta, non sviluppo delle vene del seno. L'altra mammella nulla offre di rilevabile all'osservazione. Gli altri organi dell'infante sono perfettamente integri, l'aspetto generale è florido, panicolo adiposo abbondante per cui le forme assumono le belle rotondità dei bambini sani e vegeti, colorito roseo, nutrizione sempre buona, mangia e dorme, rare volte piange.

L'insorgere graduato del tumore, il nessun deterioramento della nutrizione del bambino, il non esser mai preceduta febbre nè dolori, il sentirsi la distinta fluttuazione fa fare la diagnosi di tumore cistico mammario e perciò si procede allo svuotamento con la paracentesi praticata dall'egregio Dott. Ricordi mediante un sottile trequarti; a questo atto operativo era presente anche l'egregio Dott. Rezzonico.

Da tale puntura ne uscì un liquido bianco opaco, avente l'aspetto del latte, un po' ontuoso al tatto, non filante, di reazione alcalina, del peso specifico di 1002 la cui quantità era di circa 30 grammi.

Al microscopio si trova costituito da gocciole adipose di varia grandezza (globuli latteî), di rarissime cellule epiteliali assai granulose e adiposamente generate, alcune convertite nel loro contenuto in corpuscoli di Gluge dei quali se ne trovano anche liberi in grandissima quantità: quindi anche microscopicamente, fu confermata la natura lattea del liquido contenuto nel tumore cistico.

È quindi probabile che tale tumore dovesse ripetere la sua origine dallo sviluppo di qualche acino glandulare il di cui elaborato funzionale (latte) non avendo trovato uscita siasi raccolto nel tessuto circostante e quindi abbia dato luogo alla formazione della cisti; ciò sarebbe anche confermato dalla forma regolare assunta dal tumore il quale come dissimo aveva l'aspetto di una vera mammella con capezzolo alquanto sviluppato ed una areola piuttosto colorita.

Svuotato completamente il tumore viene medicato con un semplice cerotto e una fasciatura leggermente compressiva.

All' indomani ritorna la madre col proprio bambino, e si sente tuttavia una leggerissima fluttuazione con un legger turgore riapparso; riapplicata la fasciatura compressiva dopo due giorni tutto era scomparso completamente e la madre ritornò al proprio paese col suo bambino risanato.

Dalle informazioni ulteriormente ricevute si seppe che più nulla ricomparve nella mammella del bambino.

Quand'ecco mentre queste righe erano scritte e pronte pella pubblicazione, ritorna la donna col proprio bambino (17 luglio) al quale la mammella era ritornata nello stato primitivo e si presenta:

Di una forma emisferica tendente alquanto alla conica, grande come la prima volta in cui fu osservata, con areola poco marcata, il

capezzolo non si mostra più protrudente come prima, ma bensì molto appiattito è alla stessa superficie quasi, della mammella. All'intorno della piccola areola sono sviluppati dei sottili e molto superficiali vasi venosi, si sente la fluttuazione distintissima per cui il Dott. Ricordi pensa allo svuotamento e all'applicazione di un piccolo setone alla base della cisti. Dal capezzolo nulla si spreme neppure colla pressione la quale non provoca dolore anche se esercitata piuttosto fortemente. Praticata l'operazione escì un umore simile al già svuotato un po' più grasso e denso giacchè si vedevano delle grosse bolle di adipe alla superficie.

I caratteri fisico-chimici e microscopici furono simili affatto a quelli riscontrati nel primo esame colla mancanza ora assoluta di cellule d'epitelio.

Riguardo alla riproduzione del tumore la madre racconta che il bambino stette perfettamente bene fino ad un mese fa circa, epoca nella quale ammalò per disturbi di dentizione (febbre, diarrea), in questo momento cominciò nuovamente la mammella a gonfiarsi fino a raggiungere il volume suddescritto. Intanto la nutrizione generale del bambino nulla sofferse, e le funzioni si mantennero sempre normali dopo avere superato la notata malattia.

Ciò torna a mio credere a piena conferma dell'ipotesi patogenica di questa cisti, che abbiamo emessa in addietro.

Ed infatti come si può meglio ammettere che un acino nuovamente sviluppato abbia secreto nuovamente latte, il quale siasi raccolto nello spessore del tessuto ed abbia dato luogo alla formazione della cisti? Se fosse stata la riproduzione della prima cisti, gradatamente sì, ma immediatamente era probabile che la raccolta ricominciasse a formarsi, ma passarono circa due mesi da che fu fatta la prima puntura senza che nulla si fosse riprodotto, per cui giova a ragione credere ad un novello sviluppo di qualche acino glandulare con successiva secrezione lattea di questo acino.

Fu coll'idea di atrofizzare questo abnorme sviluppo glandulare, che il Dott. Ricordi applicò il setone onde la suppurazione provocata, determinasse l'atrofia degli acini e ne impedisse la formazione di nuovi.

Osservazione II.ª

Rusconi Maria d'anni 43 nata ad Asti e domiciliata a Milano, di professione casalinga entrò nell'Ospedale Maggiore di Milano il 16 gennaio 1878 e fu collocata nella Sala Concezione al letto N. 12 divisione allora diretta dall'egregio Chirurgo Primario Dott. Fumagalli.

Anamnesi. — Non sofferse alcuna malattia grave in passato.

Comparsa la mestruazione a 15 anni procedette sempre regolare.

A 25 anni andò a marito dal quale ebbe tre figli con parti felici, allattando sempre la propria prole. Rimasta vedova dopo quattro anni e mezzo, restò tale per circa otto anni, dopo i quali si rimaritò avendo da questo secondo letto, altri tre figli che non potè allattare, causa di questo fu:

Un tumore sviluppatosi alla mammella destra (dalla storia descritta sulla cedola cubicolare non viene notato se questo tumore provocasse o meno dolori i quali fossero stata cagione dell'impossibilità dell'allattamento o se invece avesse esso tumore portato la mancanza di secrezione lattea, fatti di una certa importanza, come pure non è fatto cenno se il tumore prendesse sviluppo durante una gravidanza o l'avesse preceduto), ciò che si può dedurre dal rimanente del racconto, si è che il tumore probabilmente esordì durante la prima gravidanza che sarebbe datata da sei anni; nei tre primi si sarebbe mantenuto del volume di una noce, e andando poi quasi insensibilmente aumentando, quando nell'ultima gravidanza, il cui parto avvenne nel principio dell'ottobre 1877, avrebbe assunto a poco a poco il volume che attual-

mente presenta arrecando alla malata dolori lancinanti vivi, ma non continui.

S. P. Tumore alla regione mammaria destra del volume di una testa di feto a termine, a superficie irregolare bernoccoluta, in alcuni punti duro in altri cedevole alla pressione, parzialmente esulcerata nel centro.

La cute sovrapposta presenta un grande sviluppo del sistema venoso ed assoluta assenza di ingrossamento delle glandule ascellari del medesimo lato.

Alla mammella sinistra sentesi un altro tumore duro oblungo del volume di un piccolo uovo che si sposta facilmente sovra i tessuti su cui poggia, esso pure non è accompagnato a sinistra da glandule ascellari ingrossate.

Fu fatta l'esportazione totale del tumore di destra e la malata guarì lasciando l'Ospedale il 6 marzo successivo.

Esame del tumore. — Tumore avente un diametro longitudinale di 16 centimetri ed uno trasversale di 10 $^1/_2$ — di forma ovalare di consistenza quasi uniformemente carnea, in qualche punto molle e fluttuante per sottostanti cisti. Un lembo di cute copre in parte la superficie esterna del tumore nel di cui centro havvi un' ulcerazione profonda; la superficie esulcerata è costituita da pareti di cisti di varia grandezza, diafane, alcune di un color grigio rossigno altre di un colore rosso fosco. Tutta la superficie esterna del tumore è formata dalle suddette cisti rotondeggianti di volume e di consistenza varia, in alcuni punti hanvi solamente cisti le une alle altre addossate, in altri si vedono circondate da tessuto connettivo compatto di aspetto bianco lucente.

Da qualche cisti esce un liquido denso di un color bianco, opaco, in qualcuna anche parzialmente coagulato, da qualche altra invece esce un liquido purulento misto a sangue.

Spaccato il tumore lungo il suo maggiore diametro si osserva:

Una superficie costituita da tante saccoccie risultanti dalla spaccatura delle cisti, e da cisti rimaste integre, tutte ripiene di liquido simile al suaccennato. Oltracciò notansi dei piccoli lobuli formati da sostanza d'apparenza colloide, altri lobuli glandulari sono riuniti fra loro a grappolo — qualche rarissima striscia di adipe. Dove il processo è più avanzato, verso il centro, cioè, del tumore le cisti più grandi contengono delle vegetazioni polipose di forma dentritica, abbastanza consistenti a superficie papillare.

Esame del contenuto di alcune cisti. — 1.° Siero a gocciole adipose scarse (latte diluito).

2.° Siero e corpuscoli di Gluge (latte meno diluito).

3.° Siero ricco di grasso più che di siero (panna); molti corpuscoli di Gluge.

4.° Sostanza che sembra panna montata (stracchino molle), che al microscopio appare latte condensato (burro).

5.° Latte e sangue — i globuli sanguigni rossi isolati e a pila, un po' pallidi (sostanza cremosa densa giallo-rossiccia).

Esame istologico del tumore. — La compage del tumore all'esame microscopico si presenta diversa in varii punti:

Quello che prima di tutto colpisce l'attenzione si è la struttura glandulare acinosa che si osserva in molti punti. Gli acini si presentano di forma ovale, o cilindrica o anche uniti a racemo con un unico canale conduttore, sono tutti tappezzati da cellule di epitelio cilindrico che riempiono tutto il vacuolo oppure lasciano un lume più o meno grande; e sono per la maggior parte circondati da tessuto missomatoso caratterizzato da cellule stellate con nucleo ben distinto in mezzo a sostanza omogenea trasparenti; le cellule epiteliali cilindriche non sono ovunque disposte intorno ad un asse unico, ma per lo più formano invece degli strati epiteliali; in qualche punto la disposizione di queste cellule offre un aspetto tutto particolare da somigliare quasi a quello che si osserva ordinariamente nel carcinoma glandulare, costi-

tuendo press' a poco come degli alveoli, colla differenza che tali cellule sono impiantate su di una membrana e nel centro rimane una lacuna spesso molto ampia.

In parecchi punti vedonsi distintamente delle papille le quali crescono dal tessuto connettivo circostante, le papille che sorgono in piccoli acini non sono visibili che col microscopio, escono coperte da cellule di epitelio cilindrico le quali col loro crescere lo hanno lasciato cadere e poi dal loro aumento e addossamanto diedero luogo alle formazioni dentritiche del tumore notate. In altri punti l'epitelio appare proliferante dando luogo in tal maniera alla dilatazione degli acini e quindi all'aspetto suindicato del carcinoma glandulare.

Secondo Reinhardt, Harpech, Mekel simili neoformazioni dipendono da una degenerazione delle glandule normali, giacchè per loro tutte le cisti e le maglie derivano da una dilatazione dei condotti glandulari e degli acini e non dalla neoformazione di questi ultimi come invece lo ammetterebbero, probabilmente con molta maggiore ragione Förster, Rokitansky, Velpeau, e Weber.

Qua e là intorno alla neoformazione descritta si osservano delle fibrille di tessuto connettivo le quali abbondano più o meno a seconda dei luoghi diversi del tumore, oltracciò havvi un' infiltrazione di cellule embrionali vicine agli acini glandulari, là specialmente dove questi invece di essere circondati da tessuto mucoso sono vicini al tessuto connettivo fibrillare (1).

Da ciò la diagnosi di

Cisto-fibro-adenoma endocanalicolare missomatoso.

Milano, 19 luglio 1880.

---

(1) Il tumore venne subito dopo l'esportazione istologicamente esaminato dall'egregio Dott. Visconti prosettore nell'Ospedale Maggiore di Milano; e si trova registrato al N. 341 del Protocollo delle osservazioni microscopiche, dal quale ho ricavata la descrizione microscopica del pezzo da me fatta a quel tempo, e l'esame del contenuto delle cisti fatto dal signor Prosettore suddetto. I preparati microscopici fanno parte della collezione generale del Gabinetto patologico.

APPUNTI BIBLIOGRAFICI

1) *Robert.* Letter concerning a man who give suck to a child (Philosoph. Transact, 1741, N. 461, p. 813.

2) *Volpi.* Traduzione degli Elementi di Chirurgia di Richter con annotazioni. Milano 1804, vol. IV).

3) *A. Forget.* Consider. sur la galactocèle mammaire ou tumeur laiteus du sein (Bullet. de thérapeutique, tom. XXVII e XXVIII novembre 1844).

4) *F. Will.* Ueber die Milchabsonderung. Erlangen, 1850.

5) *Reinharat.* Path. Anat. Unters. Berlin, 1852.

6) *Rokitansky.* Sitzgsb. Wien Akadem, febr., 1853.

7) *Meckel.* Illustr. med. Zeitung, 1853, vol. I, pag. 149.

8) *Weber.* Das Adenoid der Weibl. Brustdrüse. Giessen, 1854.

9) *Velpeau.* Traité des maladies du sein, 2.ª edit. Paris, 1858. pag. 221.

10) *Harpech* in Reichert's Studien des physiol. Instit. 1858.

11) *Virchow.* Phathologie des tumeurs. Trad. franc. Paris, 1867, pag. 280 del vol. I.

12) *Förster.* Manuale di Anatomia patologica Traduzione italiana. Napoli, 1867, vol. II, pag. 357.

13) *Rezzonico.* Delle malattie delle mammelle Ann. Univers. di Medic., aprile e maggio 1867, vol. CC.

14) *Beigel.* Die Krankheiten des weiblichen geschlectes. Stuttgard, 1875, pag. 742.

15) *L. Labbé. P. Coyne.* Traité des tumeurs bénignes du sein. Paris, 1876, pag. 225.

16) L. *Prochownich.* Zwei Fälle von Galactarrhoe Centralblatt f. Gynäcol. N. 1, 1878.

17) *T. Billroth.* Handbuch der Frauenkrankheiten. Zehnter Abschnitt. Stuttgard, 1880, pag. 40 e 88.

ESCURSIONI OSTETRICHE

Forcipe mediocre o forcipe gigante? L'uncino ottuso nel parto per la pelvi. Importanza pratica della versione con manovre esterne, per il Dott. Libero Bergesio, Medico 1.° assistente nell'Istituto Ostetrico di Torino.

Nel marzo dello scorso 1879 venni d'urgenza richiesto dal collega P.... nel vicino comune di G.... per un creduto gravissimo accidente d'ostetricia. Il laconico biglietto mi avvertiva trattarsi di parto impossibile per pelvi ristretta, e feto in Pres. Faccia, posizione M. T. D., fissa e che non voleva nè scendere, nè rotare. L'idea di una embriotomia mi balenò per la prima in mente, specialmente che mi si avvisava essere già stato tentato ma inutilmente il forcipe; in conseguenza portai meco mezzo l'armamentario cruento di Lucina, per non trovarmi poi in presenza del nemico colla giberna sprovvista di cartuccie.

La diagnosi era in parte giusta. Era veramente una presentazione di faccia, mento destra traversale, però già nello scavo quella che cruciava la donna e l'ostetrico. Primipara con bacino uniformemente ristretto, di forme gracili, trovai in angusta camera la partoriente in preda a tutte le torture fisiche e morali di un parto che si faceva attendere da ore ed ore. La dilatazione della bocca uterina erasi fatta completa ben da otto ore; epoca in cui erano scolate pure le acque e cominciato il periodo espulsivo. L'utero al mio giungere si presentava retratto, con forma ovale in senso verticale. Il battito cardiaco quasi impercettibile

ed a destra. Il polso materno vuoto e celere (120); le carni asciutte ed un leggero stato di febbre si accentuava nella donna che smaniosa ed inquieta chiamava di essere liberata.

Il collega era persuasissimo che senza la cefalotripsia, od almeno la craniotomia, il parto non si saria compiuto, e sin dal mio comparire aveva lodata la precauzione presa di portar con me i varii ordegni embriotomici. Di quel battito cardiaco che era là pronto a protestare mi parve pochissimo persuaso, ed in cuor suo credo lo giudicasse un mero effetto uditivo dell'orecchio mio. Sin dal primo mattino aveva tentato con una applicazione di forcipe di compiere il parto, ma ne in quella ne in due tentativi ulteriori, mai giunse ad introdurre la 2ª branca, cioè la destra.

Uno sguardo gettato sul voluminoso strumento di cui si era servito l'amico mio, facendomi comprendere in parte il motivo dell'insuccesso mi lasciò vagamente sperare che con un altro mezzo, più gentile, quella benedetta 2ª branca avria potuto passare, e chissa? Magari anche estrarre il feto semplicemente col forcipe. Feto che non doveva essere gran chè in volume, come potei a priori giudicare dal volume dell'utero e dall'esplorazione interna; spazio ai lati benchè scarsissimo pure un po' vi esisteva.

Ricordando essere la branca destra quella che faceva la riottosa e rammentando all'amico il triangolo del Joulin (triangolo a cui il collega veramente non aveva pensato), portai la branca destra del forcipe Simpson per la prima sul lato destro del bacino; al che riuscii abbastanza con facilità; facilità che però più non trovai nello introdurre la sinistra. Però pazientando e spingendo con dolcezza anche questa fu collocata in sito, ed articolato lo strumento, rotato il mento sotto il pube, essendosi ridestate vigorose contrazioni uterine s'ottenne in breve l'espulsione di un feto maschio del peso di 2600 gr., che con dolce sorpresa della famiglia tutta, dopo un leggero stato asfitico da cui si riebbe prontamente, continuò in seguito vigorosamente in vita. Il puerperio decorse normale.

Quest' osservazione clinica ci dimostra che, come è noto, *lippis et tonsoribus,* nelle presentazioni di vertice deflesso, il terzo tempo è quello che più difficilmente si compie e che quindi la mancanza di questo movimento porta più frequente l' ostetrico ad intervenire armata mano per terminare il parto. Ne insegna inoltre come un po' di teoria non faccia male alla pratica, essendo sempre la mente che deve guidare la mano. Ciò che da taluni è tenuto come superfluo, e solo fatto per ingombrare la mente dello studioso, come le più minute regole sulla scelta d' uno strumento, collocazione sua e modo di farlo funzionare, ha la sua clinica importanza. Il ricordo nel fatto specie in questione del triangolo del Joulin avrebbe certamente abbreviato un già troppo lungo e noioso soprapparto.

Almeno forse l'avrebbe abbreviato; perchè per altra parte sono persuaso che incapponendosi l'ostetrico a voler portare per intiero quel forcipe gigante avria corso in caso di riuscita il pericolo di ledere, stante la pelvica ristrettezza, però di poco conto e che non potei valutare, o le parti materne od in seguito di eseguire sulla testa del feto una cefalotripsia mascherata. L' utilità di un forcipe a dimensioni mediocri fu tosto e così luminosamente riconosciuta dal collega che pochi giorni dopo volle acquistarne uno un po' più gentile e di cui è oggidì soddisfattissimo. Speriamo che i forcipi giganti non s' incontrino più che nei storici musei ostetrici, e che seguendo l'esempio dei numerosi allievi che da un decennio escono dalla Clinica Ostetrica di Torino la scelta del forcipe qualunque possa essere l'articolazione sua, francese, tedesca od inglese, cadrà sempre su d'uno strumento a modeste dimensioni e di poco peso.

Osservazione 2.ª — Che la mano sia lo strumento ostetrico a cui, finchè si può, debbasi dare la preferenza, e che uno strumento qualunque, per gentile o piccolo sia, manovrato con prudenza possa più che con quella recare qualche guasto, servirà a dimo-

strarlo colle molte che la storia dell'ostetricia possiede, questa mia clinica osservazione.

Sul finire del gennaio 1879 fui, in assenza del Prof. Tibone, chiamato presso una partoriente in città. D'abito scheletrico sviluppato, a pannicolo adiposo ricchissimo, non più giovane e primipara, la signora era in soprapparto ed in preda ad una viva inquietudine. La gravidanza burrascosa era giunta a termine solcando un mare procelloso, cosa che aumentava il patema morale. Al mio arrivo le condizioni generali erano buonissime. Le contrazioni incominciate da poche ore continuavano vigorose. L'utero si mostrava di forma ovale in senso verticale. Nella pausa si sentiva un corpo duro, sferico in alto, che unito ad un vigoroso battito cardiaco nel quadrante superiore di destra mi posero sulla via per tosto pensare ad una Pres. Podalica. La circonferenza pelvica segnava 102; e la ombellicale 106. La scarsezza delle acque mi fecero dubitare di un feto voluminoso con un utero così disteso; mi confermava nell'idea la testimonianza dei genitori amendue robusti ed arieggianti le forme atletiche. Alla esplorazione interna trovai una dilatazione di 5 cent., sacco integro con acque anteriori scarse; cervice uterina dilatabile; lo scavo era completamente vuoto, sentendosi distintamente lo stretto superiore chiuso ed occupato da un voluminoso podice fetale, il di cui sacro guardava a destra. La diagnosi era ovvia, ed il sospetto di natiche voluminose in bacino normale diventava una realtà. Questo fatto dimostrava ancora una volta la quasi certezza matematica dei corollarii desunti dal nostro compianto Esterle sull'accomodamento ostetrico, prima che la Scuola di Parigi facesse tanto rumore; cioè che dove vi ha più spazio si pone la parte più voluminosa del feto; cosa che a parere di tutti è così generalmente vera che fa stupire abbiasi voluto tentare di dimostrare con frasi altisonanti e libri di cento pagine.

Aspettai che la dilatazione si facesse completa, e siccome avevo da fare con un bacino ampio, speravo che quelle natiche sareb-

bero scese spontaneamente, ed il parto così pure si sarebbe effettuato. Lusinga vana. Dopo quattro ore di periodo espulsivo vigoroso, nulla erasi modificato circa la presentazione che si manteneva fissa nello stretto superiore. *Quid agendum?* Alla segala consigliata da Depaul per facilitare l'espulsione delle natiche non era questione di pensarci. La potenza non mancava, era la resistenza che superava dinamicamente la potenza. L'ostetrico doveva più pensare ad un oxitocico che ad un ecbolico. Mi rimaneva la liberazione artificiale, manuale o strumentale.

Padrone del campo mi rivolsi alla mano, e cercando di afferrare l'inguine tentai l'abbassamento, od almeno mi prefissi di tentarlo, perchè la presentazione era così elevata che portare lo dito mio foggiato ad uncino mi fu per vero dire impossibile.

Volevo terminarla: Scelsi un uncino ottuso; e fatalmente ne avevo meco uno a seno breve e di poco volume. Non fu difficile con questo l'uncinare l'inguine anteriore; quando nelle trazioni, un crepitio ed una sensazione come di resistenza vinta m' avverti di sostare. Tolsi lo strumento e trovai alla punta traccie di epidermide di provenienza naturalmente fetale.

Lasciai lo strumento e ritornando alla mano, con dolcezza e pazienza riuscii a passare ed afferrato un piede portarlo all'ostio vulvare e su di esso in seguito traendo estrarre il podice.

È inutile che io narri le peripezie dell'estrazione del tronco e della voluminosa testa fetale; quando avrò detto il che il feto estratto dopo sforzi non leggeri da parti materni resistenti, era a termine, di sesso maschio e pesava gr. 4700 ed era lungo 51 cent., si comprenderà tosto la difficoltà incontrata.

Il feto asfitico di terzo grado non si riebbe. All'inguine destro mostrava un solco che intaccato lo spessore dell'epidermide mostrava in qualche punto lacerati i sottostanti tessuti. La testa sua nel passare lacerò col suo volume il perineo ed inutili furono gli sforzi miei per proteggerlo. Esso si aprì ampiamente e profondamente e mi obbligò a fare pochi giorni dopo col Prof. Gior-

dano una perineorafia ch'ebbe un esito completo. Tolto questo accidente il puerperio decorse fisiologico.

Poche parole di commento. Esco da una scuola cui la segala cornuta in soprapparto sorride punto anche allorquando non vi sono sproporzioni da vincere; quindi ben si comprendono le ripugnanze mie; osserverò tosto che nel sopra narrato fatto clinico la somministrazione di questo agente ecbolico per le ragioni già dette sarebbe stata una vera follia. Cosa dovevo quindi fare? La pratica del Depaul la rifiuto anche allorquando le natiche giaciono sul perineo e che è la *vis a tergo* quella che manca pel completo disimpegno. Il motivo di questa riluttanza è ovvio. L'utero, espulso il tronco, ha fatalmente tendenza per sè stesso a retrarsi vigorosamente sulla testa fetale. La segala non farebbe che esagerare questa retrazione, aggravare quindi la posizione del feto. Pazienza se dessa agisse solo sulle fibre del fondo, ma somministrata, colpisce pure il segmento inferiore uterino, la sua cervice e producendo uno spasmo vigoroso quando il tronco ed il collo passano, può trasformare in solido capestro il cingolo molle e salutare.

Al forcipe portato sulle natiche non ci credo. E poi come fare nel fatto in questione, con natiche voluminose con feto gigante che chiudeva ermeticamente lo stretto a passare e portare le branche sui punti della pelvi fetale? Dove trovare lo spazio? E se il forcipe lasciava la presa come tutto induce a credere si sarebbe migliorata la rispettiva posizione? Per me e per la maggioranza degli ostetrici il forcipe è strumento da portarsi solo sul capo del feto; ideato, foggiato e modificato solo a questo scopo. È vero che Huter propose di portare il cefalotribo sul tronco e podice del feto in Pres. di spalla quando questa è affondata ed il parto impossibile; ma il cefalotribo è più sottile, meno voluminoso, più lungo ed ha maggior resistenza. Ciò nullameno la pratica è punto coronata da successo come osserva il Kleinwächter di Praga e l'osservazione ne insegna, perchè le cucchiaia scivolano facilmente e lo strumento lascia la presa.

Uncinar l'inguine e trarlo in basso era la sola via razionale. Non giungendo colla mano mi rivolsi all'uncino ottuso. Nei libri di testo questo strumento è generalmente presentato come innocuo. Per parte mia so che questo ottimismo non è da tutti diviso. Distinti ostetrici rotti alle difficoltà della pratica, dopo fatti loro successi analoghi al mio, guardano con molta diffidenza l'uncino ottuso e male si lasciano persuadere a portarlo sull'inguine di un feto vivo, qualunque sia l'ampiezza del seno dello strumento. Per parte mia d'ora in poi se nell'estrazione d'un podice fetale mi si presenteranno ancora tali resistenze e che portato un uncino sull'inguine dopo alcune trazioni leggere le parti non scenderanno, darò preferenza ognora alla mano portandola nell'utero alla ricerca dei piedi che non possono per certo essere molto lontani.

Altro fatto degno di nota si fu l'esagerato volume del feto di questa primipara. Desiderosa come era di avere un feto vivo e per ovviare alle noie e disastrose conseguenze di un nuovo feto gigante, feto che nella ventura gravidanza si poteva già a priori temere, col Giordano si consigliò la donna a volersi far visitare da un ostetrico verso la metà del nono mese onde provvedere ove fosse il caso col parto prematuro a sì importante fatto di distocia fetale col prevenirne le conseguenze.

Osservazione 3.ª — Sul principio dell'anno in corso una premurosa richiesta venivami fatta per portarmi da una signora in soprapparto, il di cui feto presentavasi all'apertura uterina con uno dei piani laterali.

La levatrice che chiamava mi rendeva avvisato essere solo in quel momento scolate le acque. Recatomi trovai giustissima la diagnosi fatta. Era una presentazione di spalla destra in prima posizione quella di cui si trattava. La dilatazione dell'orificio uterino di 7 cent.; distinti i segni della pluriparità sui margini; feto ancor mobile. La signora era in preda ad una eccitazione non

comune. Un' imprudente parola sfuggita da chi la assisteva ed afferrata al volo sul modo con cui il feto si presentava, aveva servito a produrre questo vero parossismo nervoso. Disgraziatamente la partoriente, agiata e di una certa coltura intellettuale, aveva letto in non so qual trattato d'igiene popolare cose di fuoco sul rivolgimento; in poche linee l'autore avea talmente esagerato sui danni possibili di simile operazione senza punto toccare ai vantaggi, da porla a dirittura all' indice e denunziarla come un'operazione nei più dei casi mortale per la donna.

Al mio esame e diagnosi, alla signora cui sorridea ancora una lontana speranza di un errore ostetrico da parte della levatrice, dileguossi ogni dubbio ed allorquando io vagamente parlai della necessità di un'operazione di poco conto per raddrizzare il parto e togliere l'elemento distocico, venni bruscamente fermato nel mio dire.

Il velo era caduto. Era il rivolgimento, quell' operazione mortale, quella che a lei veniva proposto; così smaniosa irruppe la donna, che seduta stante mi sciorinò i timori tutti e le esagerazioni contenute in quel certo trattatello. Mi supplicò di cercare altra via che lei la mano nell'utero non se la lasciava porre. Che fare? Nel mentre che mi proibiva il rivolgimento chiamava con insistenza di venire liberata dall'incubo che la tormentava; chiamava un'applicazione di forcipe, il forcipe non la spaventava, il T...., l'autore in questione, lo descriveva come un giuocatolo e non ci volle poco a dimostrarle che applicare il forcipe su d'una spalla era un'utopia, che sin d'oggi per quanto strane idee abbiano invaso il campo ostetrico, a questa niuno era ancora giunto.

Già lo dissi che il feto era ancora mobile, laonde la versione cefalica col metodo misto, interno-esterno la credevo possibile. Persuasa e calmata la donna, collocatala nella posizione ostetrica sul dorso, con due dita della mano sinistra portate sulla spalla la innalzai leggermente e spinsi verso destra; mentre colla mano

destra risolutamente spinsi in giù dal cotilo sinistro la testa. La manovra riuscì, ed il vertice si presentò allo stretto superiore. Per fissarlo, alieno come sono della segala che da alcuni è in questi casi raccomandata per produrre una energica contrazione uterina onde far scendere nello scavo il capo, pensai alla fasciatura uterina che varie volte avevo visto riuscire in clinica.

La feci, e ben sretta, ponendo ai lati a forma piramidale varie compresse. La testa si fissò e più non si ebbe cambio di presentazione. Lasciai la signora contenta ed allegra augurandole un parto in seguito felice. Nella sera, quattro ore dopo, fui di nuovo chiamato. Era successa un'inerzia completa d'utero. La testa giunta nello scavo non aveva più voluto saperne di rotare, e da ore si aspettava indarno l'espulsione del prodotto del concepimento. La dilatazione era completa e la donna, cui l'autore suo prediletto aveva reso famigliare l'idea del forcipe lo chiamò essa stessa ripetutamente. L'applicazione fu facilissima. Dopo la rotazione le forze naturali ridestatesi espulsero il feto che era in buon stato di salute, di sesso maschio, sviluppato ed a termine. Una strana anomalia però esso presentava. Alla parte media del fronte esisteva una vera infossatura ossea, in tutto simile a quelle depressioni a grondaja che si osservano talora in seguito alle laboriose applicazioni di forcipe, specialmente se si esagerò nelle trazioni e si usò un forcipe a grandi dimensioni.

La saccente levatrice battezzò precisamente e subito per un effetto del forcipe l'anomalia. E si badi che distinte osservavansi le traccia delle cucchiaja dalla bozza frontale auricolare di sinistra alla gobba parietale di destra, e che la depressione ossea era disposta non longitudinalmente ma trasversalmente. Non mancai di fare osservare queste giustissime cose alla gentile comare ed alle signore del vicinato che erano accorse in massa; ma fu fiato sprecato, e nessuno torrà dalla mente loro che l'anomalia congenita fu una lesione dello strumento, come mi assicurò ultimamente ancora l'operata, che dopo tutto ciò guarda il forcipe con

diffidenza e si mostra entusiasta della versione esterna; mentre la collega in gonnella, che mi assisteva, non cessò mai di apertamente dubitare dell'efficacia de' miei tentativi, ed oggidì ancora credo pone a carico di un mero caso la trasformazione di presentazione prodotta dall'arte.

Torino, 20 luglio 1880.

CONTRIBUTO

ALLO STUDIO DEL

MODO DI AGIRE DEL CRANIOCLASTA DEL BRAUN

Nota ostetrica

del Dott. **GASPARE NICOLA**

Medico assistente nell'Istituto Ostetrico di Modena.

L'attenzione di taluni ostetrici italiani, è oggidì rivolta al cranioclasta del Braun, di cui alcuni stanno discutendo il modo di agire. Scopo del presente lavoro è di portare un tenue contributo allo studio di questo argomento.

Due parole di storia varranno meglio a fissare i punti che io intendo esaminare. Carlo Rokitansky (*Beobachtungen über kraniotomie. Wien, Mediz. pres.* 1871, citato dal Fabbri) ha riferito molti casi clinici nei quali il Braun, col cranioclasta da lui modificato, riusciva ad estrarre feti a termine attraverso bacini con CV oscillante fra i due pollici (54 centim.) e la normale. Dopo di aver fatto un confronto fra cefalotribo e cranioclasta, confronto che riesce tutto a favore di quest'ultimo strumento, aggiunge che il cefalotribo nella clinica viennese ha oggidì completamente ceduto il posto al cranioclasta. Non dà però le ragioni meccaniche per le quali il cranioclasta modificato serve così mirabilmente all'estrazione del capo.

Il Dott. Ercole Federico Fabbri in una memoria interessante a più riguardi (*Sull'Embriotomia, compresovi il processo di cefalotropsia interna.* Bologna 1875) ha dimostrato che il cranioclasta Braun agisce mettendo di sbieco la base craniana e la faccia all'ingresso del bacino. La base viene messa di sbieco non in senso verticale come fa l'uncino acuto, ma bensì in senso longitudinale mediante un moto di rotazione sul diametro occipite frontale. I diametri bimastoideo e bimalare, tendono quindi a mettersi in direzione perpendicolare al piano dello stretto superiore. In tal modo si vince la sproporzione che può esistere fra la loro lunghezza e quella del CV. Seguita poi l'ostetrico bolognese a dire che oltre questa proprietà *di girare le difficoltà*, il cranioclasta Braun in certi casi, ma più raramente, può vincere anche la sproporzione, fratturando qualche osso della base e della faccia fetale. Ed in *appoggio di questa azione demolitrice* del cranioclasta, nel suo lavoro riporta qualche caso sperimentale.

Il Prof. Cuzzi (*Sul cranioclasta.* Torino 1878) ha ripetute le esperienze del Fabbri giungendo pressochè alle identiche conclusioni. Egli inoltre si è occupato di determinare i limiti entro i quali lo strumento del Braun può riuscire, e dalle sue esperienze risulta che il medesimo è capace di vincere una sproporzione di 15 mill. fra CV e diametri bimastoideo, e bimalare.

Nello scorso anno, appoggiandosi a quanto sembra più a comunicazioni verbali che a documenti scritti si è voluto interpretare diversamente *l'azione giratrice degli ostacoli* del cranioclasta del Braun. Se si sta ad una comunicazione del Mangiagalli *Impressioni di un ostetrico in viaggio, Annali di Ostetricia, ginec. e pediat.* 1879) il cranioclasta estrae il capo del feto afferrandolo per la faccia (e quindi mettendo la base di coltello come fa l'uncino acuto), dopo di aver sostituito alla presentazione del vertice quella della faccia. Si riescirebbe a compiere tale sostituzione di presentazione spingendo fortemente colla branca introdotta nel cranio sulla scaglia dell'occipitale. Il Dott. Negri (*Di una singolare lesione*

riscontrata in un feto estratto col cranioclasta, Ann. di Ost. ginec. e pediat., 1880 febb.) accetta senza alcuna discussione questo modo di agire del cranioclasta Braun completando il concetto espresso dal Mangiagalli. Difatti egli scrive che *è noto che il cranioclasta agisce deflettendo la testa e cambiando la presentazione del vertice in una faccia diminuita di tutta la volta* (per la craniotomia pregressa) ed aggiunge che *tale meccanismo è anche dell'uncino acuto* (usato secondo gli insegnamenti degli ostetrici inglesi.)

Il Dott. Bergesio in una pubblicazione ultimata in questi ultimi mesi (*Cefalotribo o cranioclasta? Ann. di Ostet. ginec. pediat.*, 1880) appoggiandosi a quanto scrisse il Mangiagalli (lav. cit.) e specialmente ad una lettera privata del Dott. Welponer, medico assistente alla clinica di Carlo Braun di Vienna, così riassume il modo di funzionare del cranioclasta tedesco.

« Assicuratosi da che parte guarda l'occipite, e quindi ove è » rivolta la fronte, pel foro della craniotomia si introduce la » branca piena che si porta il più posteriormente possibile contro » la protuberanza occipitale. Ciò fatto lentamente si tenta di de- » flettere il capo se come per l'ordinario questo è modicamente » flesso. Fatto eseguire questo moto di estensione, la branca fi- » nestrata viene portata fuori della teca cranica alla parte oppo- » sta della prima in modo che dessa venga a cedere sul fronte. » È inutile che io faccia osservare che il tentativo di deflessione » colla branca piena può aspettare a farsi dopo l'introduzione » della seconda. È chiaro lo scopo del Braun nel tentare questa » deflessione. Così egli obbliga la base a porsi di sbieco tra le » branche dello strumento, e quindi riunendo le ossa più paral- » lele al morso facilmente e meglio riesce lo schiacciamento loro. » Se non si estende il capo la manovra riesce solo in parte; av- » vitando lo strumento e cercando di avvicinare le branche col » far agire l'apparecchio di compressione le ossa scivolano e non » presentano allo schiacciamento che poca superficie. La maggior » curva delle branche al morso aumenta la virtù cefalotriba-

» Così afferrata la base si trae in basso e la si inclina ponendola
» per isbieco allo stretto superiore. »

Riassumiamo quanto i precedenti lavori dicono riguardo al modo con cui il cranioclasta riesce a vincere le difficoltà mettendo la base craniana di sbieco. Per il Fabbri ed il Cuzzi la base craniana si mette di coltello attraverso lo stretto superiore mediante un moto di rotazione sul diametro trasverso del bacino, ed i diametri bimastoideo e bimalare vengono ad avere una direzione pressochè perpendicolare al piano dello stretto superiore; per Mangiagalli, Negri, Bergesio la base craniana è messa di coltello mediante un moto di rotazione sul diametro bimastoideo (che viene poi a mettersi in rapporto col trasverso del bacino), ed il diametro occipito-frontale diventa perpendicolare al piano dello stretto superiore col suo estremo frontale. Quale di queste due opinioni è la vera? Uno degli scopi cui intende questo lavoro si è di esaminare questo punto.

Sulla possibilità del primo modo di agire non vi può essere discussione; i fatti portati avanti dal Fabbri, dal Cuzzi e qualcuno di natura clinica che viene accennato dal Bergesio nella sua memoria come appartenente al Prof. Tibone (loc. cit.) sono là per provarlo. Sgraziatamente non si può dire altrettanto per l'altro meccanesimo d'azione come viene spiegato dal Mangiagalli, Negri e Bergesio.

E dico a bello studio *sgraziatamente*, perchè se si potesse su di esso contare, si vincerebbero ostacoli di maggior rilievo, che non col primo modo di agire. E se ciò fosse, il cranioclasta del Braun agirebbe precisamente come si vorrebbe far funzionare la pinza a craniotomia del Barnes.

Finora, coi documenti almeno che sono a mia conoscenza, non si può accettare come cosa fuori di discussione, chè il cranioclasta del Braun, possa estrarre una testa fetale craniotomizzata in presentazione di vertice, deflettendola dapprima e poi afferrandola per la regione frontale e trascinandola di coltello attraverso lo

stretto superiore col diametro occipito frontale perpendicolare al piano di questo stretto medesimo e col diametro bimastoideo parallelo al diametro trasverso del bacino. Anzi all'opposto le esperienze fatte in quest'anno nel laboratorio dell'Istituto Ostetrico di Modena sono affatto contrarie a questo modo di vedere. Lascio la parola a queste esperienze.

Esperienza I.ª — 10 aprile 1880 — Cadavere di neonato dell'età di giorni dieci morto per polmonite già incoata al momento dell'ingresso al Brefotrofio. Peso grammi 2800, lunghezza cent. 50 OF 110; Bipar. 91; Biml. 74; Bim. 76.

Il bacino in ghisa che ha servito per tutte le seguenti esperienze ha i diametri CV mill. 63, Obbliq. sinistra 99. Obbliq. destra 98, trasv. 117, Microcorda sinistra 55, Microcorda destra 65. Il bacino osseo che ha servito per modello è viziato per rachitismo — Feto in presentazione V in OIDT; alla testa si lascia una discreta mobilità; due mani messe alle parti laterali dell'ingresso del bacino, rappresentano le pareti uterine, delle quali bisogna tener calcolo.

Craniotomia colle forbici Rizzoli e spappolamento della polpa cerebrale. Si applica il cranioclasta Braun. La branca maschio viene introdotta nell'interno del cranio, deviando il manico dello strumento a sinistra del bacino, si cerca di far agire l'estremità della branca sulla faccia interna dell'occipite onde ottenere il moto di estensione e sostituire al vertice la faccia. Le mani messe sulle pareti laterali dell'ingresso del bacino lasciano sufficiente spazio alla testa per *potersi estendere;* ma malgrado ripetuti tentativi non si riesce a defletterla. Si applica quindi la branca fenestrata verso il parietale posteriore, e facendo trazioni sollevando i manici si mette di sbieco la base craniana che ruota sul suo diametro occipite frontale, ma malgrado energiche trazioni la faccia rimane sempre allo stretto superiore e lo strumento schianta la presa lacerando ed esportando un pezzo di parietale.

Si applica lo strumento con branca maschio nell'interno del cranio e branca femmina al fronte. Dopo ripetute trazioni si libera la testa

All'esame la base craniana si mostra rotta in corrispondenza della parte esterna della rupe petrosa destra e della grande ala dello sfenoide corrispondente (luogo della 1ª applicazione).

N.B. La testa incontrava notevoli resistenze a discendere sicuramente per la sproporzione fra la CV ed il diametro bimastoideo, sproporzione che venne diminuita colla frattura della base della rupe petrosa destra.

Esperienza II. — 21 aprile 1880. — Solito bacino in ghisa. Cadavere di neonato di giorni 17; peso gr. 2380; lunghezza 45 cent. OF 105; SOB 95; OM 120; Bipar. A 80. Bipar. Ost. 75; Bim.º 65; Bim.ᵉ 63.

Presentazione vertice in DT, craniotomia col trapano Braun, si spappola la polpa cerebrale; si applica il cranioclasta Braun, colla branca maschio nell'interno, si cerca di deflettere il capo a più riprese spingendo sull'occipite ma con nessun risultato; il feto si sposta in massa.

Si applica la branca fenestrata alla superficie parieto-occipitale posteriore, si articola e si fanno trazioni, si ha rotazione della base sul diametro OF, si libera il diametro Bimastoideo ed il Bimalare. Esaminata la testa fetale si trova rotta in corrispondenza della base della rupe petrosa e ciò perchè negli ultimi momenti della trazione si impresse allo strumento un moto di rotazione sul suo asse longitudinale.

Esperienza III.ª — 28 aprile. — Stesso bacino in ghisa, cadavere di neonato di giorni 3; peso gr. 2800, lunghezza 43 centimetri; OF 100; OM 110; Bipar. An. 80, Bipar. Ost. 75; Bim.ᵉ 66; Bim. 55.

Vertice in DT. Craniotomia colle forbici dello Smellie; spapolata la polpa cerebrale s'introduce la branca maschio del cranioclasta Braun nella cavità craniana, la testa è alquanto *deflessa;* si cerca ripetutamente di respingere l'occipite e sostituire la faccia al vertice, sia portando in dietro ed a sinistra sia portando in avanti ed a sinistra il manico della branca; la testa si sposta in massa e non si deflette.

Si toglie il feto, si mette sul tavolo, si introduce più profondamente che si può nel cranio la branca maschio contro la piccola ala dello sfenoide destro e la lamina orbitaria corrispondente; si applica la branca esterna al fronte, si stringe più che si può l'apparecchio a compressione, ma all'esame non si trova la base rotta.

Si mette il feto nel bacino da esperienza in posizione DT e la base craniana obliquata in modo da guardare posteriormente verso la concavità sacrale (inclinazione parietale). Si porta la branca maschio nell'interno del cranio secondo il diametro antero posteriore del bacino, dimodochè la medesima si addatta alla base craniana quasi parallelamente al diametro bimastoideo la branca femmina è collocata esternamente sul parietale anteriore e sull'orecchio corrispondente facendola scivolare fra il pube e la parte presentata il che riesce con qualche difficoltà; si stringe l'apparecchio di compressione, si tira abbassando il manico dello strumento e si disimpegna la testa fetale aumentando ancora di più l'inclinazione della base. La base craniana esaminata con cura, appare fratturata in corrispondenza della rupe petrosa sinistra e grande ala sfenoidale corrispondente.

Esperienza IV. — 8 maggio 1880. — Solito bacino. Cadavere di neonato di giorni sette di vita, peso gr. 3600, lunghezza centimetri 49; Bipar. A 90; OF 110; SOB 90; Bim.º 75; Bim. 70, testa bene ossificata.

I. Presentazione vertice in ST craniotomia colle forbici dello Smellie,

evacuazione della polpa cerebrale con forte getto dell'irrigatore Eguisier. si applica in seguito il cranioclasta Braun colla branca interna sulla scaglia occipitale, si spinge per deflettere il capo, ma si riesce solo a spostare il feto in massa; si ripetono diverse volte e da diversi operatori questi tentativi ma sempre col medesimo risultato.

II. Presentazione vertice DT leggermente deflessa. Cranioclasta Braun; la branca maschio va nel 2.° piano della base craniana (formato dalle grandi ali dello sfenoide), la branca fenestrata al frontale, si stringe l'apparecchio a compressione e si fanno le trazioni, la testa si deflette ancora un po' ma non sarebbe possibile fare una nuova applicazione dello strumento in modo di abbracciare il diametro facciale mento sopra-nasale; colle trazioni non si riesce a superare l'ostacolo.

III. Vertice in ST cranioclasta Braun: la branca maschio si mette nel cranio, la branca fenestrata alla sutura parieto occipitale posteriore; si fanno delle trazioni elevando a poco a poco i manici dello strumento; la testa si flette vieppiù; l'estremo posteriore del bim.° si è liberato; al disopra dello stretto superiore rimane il bimalare. Si fa una nuova applicazione dal lato del frontale posteriore, facendo trazioni si libera il bimalare e la testa discende.

IV. Vertice in ST uncino acuto metodo Braxton-Hichs si porta l'uncino sul mascellare superiore, si fanno trazioni si ha deflessione, leggera rotazione del mento allo innanzi, la testa supera l'ostacolo e discende nello scavo.

Si esamina la testa e si trova frattura della volta orbitaria destra e piccola ala dello sfenoide; la frattura avvenne probabilmente durante la applicazione N. II bimast. e bimalare integri. La scaglia occipitale posteriormente al foro occipitale fratturata in senso trasversale. Il cadaverino fetale serve ad ulteriori esperienze.

Risulta dalle esperienze sopra riportate che il cranioclasta del Braun può bensì mettere la base craniana di sbieco facendola ruotare sul suo diametro occipito frontale secondo il meccanesimo al quale viene accennato dal Fabbri e dal Cuzzi; ma tutte le esperienze medesime sono affatto contrarie all'azione del cranioclasta quale la vorrebbero il Mangiagalli, il Negri ed il Bergesio. Noi non siamo mai riusciti malgrado il nostro industriarci, e mettendoci proprio della buona volontà a deflettere il capo spingendo sulla branca interna per preparare l'applicazione delle due cucchiaia sulla faccia secondo il diametro mento sopra-na-

sale. Ci si affacciò alla mente il pensiero che facendo trazioni sulla scaglia del frontale si poteva forse ottenere la deflessione del capo, perchè la potenza traente sarebbe applicata su di un punto eccentrico della base cranica.

Noi abbiamo provato anche questo modo di fare (Vedi Esperienza IV.ª) ma senza risultato: la testa si deflette bensì ma solo leggermente. Alla presentazione di vertice si sostituisce, direi quasi quella del fronte, ma le cose non vanno più in là. È dunque soltanto un principio di deflessione quello che si ottiene colle trazioni sul fronte, grado di deflessione quindi che non ci permette di applicare lo strumento sulla faccia secondo il diametro mento sopra-nasale.

E poichè sono su questo modo di applicazione del cranioclasta un'altra osservazione non sarà del tutto inopportuna.

La leggera deflessione ottenuta coll'applicazione sul fronte può bastare per permettere di trascinare di sbieco la base craniana attraverso lo stretto superiore come fa l'uncino acuto applicato secondo il metodo del Braxton-Hichs? Se l'ostacolo pelvico è un po' rilevante noi non crediamo, stando almeno al responso dell'Esperienza IV.ª, che si possa riuscire. Ho creduto conveniente accennare a questo punto perchè la lettura dei documenti della letteratura ostetrica sull'argomento produsse nel mio animo l'impressione che la Scuola di Vienna dopo aver ottenuta una leggera deflessione del capo (e solo un principio di deflessione e non una conversione della presentazione del vertice in quella della faccia) spingendo colla branca intracranica sulla scaglia dell'occipitale, non applichi lo strumento sulla faccia secondo il diametro mento sopra-nasale, ma bensì sul fronte del feto sempre in presentazione di vertice colla variante che è solo leggermente deflesso (varietà frontale).

Giunto a questo punto mi si potrebbe tacciare di contraddizione, o almeno tacciare di contraddizioae la mia IV.ª Esperienza in confronto coi risultati ottenuti dal Braun. Difatti il Braun ap-

plicando forse il cranioclasta nel modo che ho or ora esposto è giunto, si dice, a vincere differenze rilevanti di sproporzione fra bacino e base craniana; nella Esperienza IV.ª applicando nello stesso modo il cranioclasta, l'ostacolo non si potè superare. Mi spiego questa contraddizione dei fatti clinici collo sperimentale col ritenere che, se non si ha cura di dirigere di proposito deliberato la branca esterna del cranioclasta sul mezzo di fronte, questa in genere cade *provvidamente* in grazia dell'asse curvilineo del bacino, sul frontale posteriore, o meglio sulla metà del frontale in rapporto coll'arco pelvico posteriore; facendo le trazioni e sollevando i manici la forza allora agisce di preferenza sulla metà posteriore della base craniana (quantunque applicata alla regione frontale); la base craniana influenzata da questa forza excentrica tende a ruotare sul suo diametro occipito frontale e si mette di coltello attraverso l'ingresso del bacino in modo da venir estratta avendo previo quel suo margine laterale che primitivamente era in rapporto coll'arco pelvico posteriore. Ma anche se il cranioclasta cade sul mezzo del frontale o sulla sua metà anteriore la liberazione della testa può avvenire in qualche caso dirigendo le trazioni allo indietro col meccanesimo che è descritto dal Fabbri (loc. cit., pag. 21, Esperienza VII.ª) in uno de' suoi esperimenti.

Quanto abbiamo detto pel cranioclasta del Braun crediamo si possa forse applicare alla pinza da craniotomia del Barnes, la quale d'altra parte credo che in Inghilterra sia usata anche come semplice tiratesta ad esempio dal Dott. Lewis Galabin *(Two cases of unusual pelvic deformites in the Obstet. Journ. of Great Britain and Irel.* Aprile, 1880, pag. 195), per abbassare il cranio fetale che si trovava allo stretto superiore, onde preparare il terreno ad una applicazione di cefalotribo in un bacino ristretto trasversalmente.

Franca forse la spesa prima di por termine a questo breve scritto, di indole puramente sperimentale, di soffermarci un mo-

mento sull'azione demolitrice della base craniana, o cefalotritica che dir si voglia del cranioclasta. È questo il secondo punto che era mia intenzione di illustrare col presente lavoro.

Su questa azione frangente la base cranica del cranioclasta noi crediamo che l'ostetrico non possa nè debba fare molto calcolo. Noi troviamo bensì frattura della base del cranio nelle Osservazioni I.ª, II.ª, III.ª e IV.ª, ma è bene analizzare come tali fratture siano avvenute. Constatiamo dapprima un fatto: queste fratture non sono mai molto estese e non distruggono assolutamente le resistenze dei diametri trasversi della testa.

Quando si riesce a fratturare le ossa componenti il diametro bimastoideo in genere rimane integro il diametro bimalare, e se si ottiene la frattura delle ossa formanti il diametro bimalare si lascia integro il diametro bimastoideo. Quindi la frattura della base del cranio operata dal cranioclasta non può essere molto efficace per togliere gli ostacoli che si incontrano nella sua estrazione attraverso ad un bacino stenotico. A ciò dobbiamo aggiungere che tale azione frangente non è costante. Contro questa proposizione starebbero le nostre esperienze; ma queste esperienze bisogna analizzarle per bene onde determinarne il valore. Nella Esperienza I.ª si è ottenuto la fratturà della rupe petrosa sulla quale è caduto il morso dello strumento. Ma tale frattura piuttosto che ad una vera funzione *cefalotritica* dello stromento si deve attribuire alla buona presa del medesimo. La presa essendo buona, gli ostacoli all'estrazione della base craniana notevoli, durante le trazioni, la rupe petrosa veniva rotta nel punto dove agiva il cranioclasta. Ma tale frattura dovuta, direi quasi a strappi successivi di trazione avvenne durante un tempo dell'atto operativo sperimentale, in cui si produssero necessariamente gravi compressioni della testa fetale, trascinata dal cranioclasta, sulle pareti del bacino. Ora sono appunto tali compressioni, che si fanno sentire sulle parti molli materne che rivestono lo stretto d'ingresso del bacino e sul segmento inferiore dell'utero, che si devono cercare d'evitare. Nessun ostetrico,

credo, vorrebbe ottenere un' azione cefalotritica di uno strumento a spese di dannose compressioni sulle parti molli materne. Anzi si è inspirandosi sicuramente a questo concetto che il Chiara di Milano (*L'anno clinico* 1877, *Conferenze rendiconto*. Milano, Civelli, 1878, pag. 71) giudicò piuttosto come un benefizio e non come un difetto la poca potenza traente del cefalotritore, perchè supposto ad esempio la potenza traente infinita, la resistenza all' estrazione del capo notevolissima, si otterrà bensì a viva forza la estrazione della testa, ma a spese di soverchie compressioni sulle parti materne, compressioni destinate a ridurre vieppiù la testa fetale e ad addattarla alla filiera pelvica.

Nell'Osservazione II.ª si nota frattura della base di una rupe petrosa ma anche in questo caso, la frattura non è dovuta ad un vero potere cefalotritico, ma piuttosto al fatto che negli ultimi momenti delle trazioni si impresse allo strumento un moto di rotazione sul suo asse longitudinale, moto di rotazione che tendendo ad accartocciare le ossa afferrate ne produsse la frattura.

La Esperienza III.ª merita qualche considerazione un po' più particolareggiata, quantunque le condizioni della esperienza si allontanino in certi punti da quanto abitualmente si osserva in natura. Nel 2.° tempo della esperienza si applicò il cranioclasta sulla testa libera, messo il feto su di un tavolo; la branca interna venne portata contro la lamina orbitaria del frontale colla quale venne mantenuta a perfetto contatto durante lo schiacciamento; la branca esterna applicata sul frontale; le branche vennero ravvicinate lentamente ma a tutta potenza; e come era da prevedersi avendo le medesime afferrata solo la porzione verticale del frontale lasciavano affatto incolume la base craniana stritolando invece la parte ossea sulla quale fecero presa.

Nel 3.° momento dello esperimento si mise di nuovo nel bacino il cadaverino fetale colla testa craniotomizzata inclinata notevolmente, in modo da ravvicinare il parietale posteriore alla spalla corrispondente. Il cranioclasta venne applicato a seconda del dia-

metro sacro pubico, la branca posteriore o sacrale (branca maschio) nell'interno del cranio, e la branca anteriore o pubica (branca fenestrata) all' esterno del cranio fra la parete anteriore del bacino (pube) e la parte presentata (parietale sinistro od anteriore); essendo la base craniana come si disse, notevolmente obliquata sul piano dello stretto superiore, col ravvicinare le branche detta base venne afferrata fra i morsi dello strumento e venne schiacciata lungo il diametro bimastoideo nella sua metà laterale in rapporto coll'arco pelvico anteriore (metà sinistra). Allo strumento non manca punto la potenza necessaria per schiacciare e rompere la base craniana; lo prova questo esperimento e l'Esperienza IV.ª Quando esso fra i suoi morsi abbraccia e stringe una porzione di base, riesce facilmente a romperla. Ma generalmente nel campo clinico, allorquando è applicato sulla testa, e vengono serrati i manici coll' apparecchio a compressione, esso non abbraccia che zone circoscritte della base craniana o non ne abbraccia affatto e si limita ad afferrare solidamente le ossa della volta. La sua azione schiacciante e frangente si fa quindi sentire solo sulle ossa della volta e su porzioni molto limitate della base. Ma mentre sulle ossa della volta agisce in tutte le applicazioni, sulle ossa della base non agisce sempre; e quindi anche su questa azione cefalotrica limitata non crediamo che l' ostetrico possa ritenersi autorizzato a contarci sopra. Che nel nostro esperimento sia riuscito a rompere una metà circa della base craniana lo si comprende, ma da questo fatto non dobbiamo dedurre più di quello che ragionevolmente si può ottenere, perchè le condizioni dell'esperimento coi suoi rapporti di direzione della base craniana col piano d'ingresso del bacino non si verificano mai, o quasi mai. Anche nell'Esperienza IV.ª si trova lesione delle ossa componenti la bassa craniana nella sua porzione frontale. Il diametro bimastoideo però rimane integro. Il modo di produzione della frattura della predetta regione frontale della base è il seguente: essendo la testa stata mantenuta durante un certo momento dello

esperimento leggermente deflessa direi quasi in presentazione di fronte, la branca maschio del cranioclasta (applicata nell'interno del cranio) e la branca femmina (applicata sul fronte o sulla radice del nao) una volta in sito, circoscrissero uno spazio angolare col vertice in basso, nel quale si trovava insinuata la regione frontale della testa del feto con una piccola porzione della parte superiore della faccia; il che viene a dirci che fra le branche dello strumento trovasi compresa porzione di base craniana della regione frontale. Nel ravvicinamento delle branche naturalmente tale parte della base veniva compressa, rotta, fratturata. In tal modo qualche volta si vede esser rotto il diametro bimalare. Questa azione dello strumento sulla regione frontale della base craniana si verifica più frequentemente della rottura delle rupi petrose, perchè la branca interna spinta contro le grandi ali dello sfenoide si trova col suo becco ad un livello più elevato o più basso, delle piccole ali e delle lamine orbitarie del frontale; più elevato se si considera il feto nella cavità uterina capovolto come si trova nella presentazione di vertice; più basso se si considera il feto isolatamente, indipendentemente dalla sua situazione nell'utero: la branca esterna, che deve articolarsi colla branca interna perchè lo strumento possa agire, può giungere in tal modo fino in corrispondenza della regione più alta della faccia (radice del naso); stringendo i manici del cranioclasta le parti ossee comprese fra le branche verranno schiacciate e rotte, e fra queste parti ossee si trova appunto, giusta quanto dissimo più in alto, la porzione frontale della base.

Credo bene riassumermi in qualche conclusione:

I. Il cranioclasta del Braun può liberare la base craniana mettendola di sbieco mediante un moto di rotazione sul suo diametro occipite frontale.

II. Si deve finora ritenere come non dimostrato che desso possa deflettere il capo sostituendo al vertice la faccia mediante pressioni esercitate colla branca intracranica sulla scaglia dell'occipitale, o mediante trazioni sul fronte.

III. Non riuscendosi col medesimo a deflettere il capo non si può quindi applicare sulla faccia e trascinare la base craniana di coltello attraverso lo stretto superiore come l'uncino acuto usato secondo gli insegnamenti della scuola inglese.

IV. L'azione demolitrice la base craniana del cranioclasta è limitata a piccole regioni.

V. La fratture della porzione frontale della base craniana ottenuta mediante il cranioclasta è forse più frequente di quelle delle rupi petrose.

VI. L'azione frangente la base craniana del cranioclasta non si deve considerare come costante.

QUA E LÀ PER IL REGISTRO CLINICO

dell'anno 1878

Lettere-Rendiconto del Prof. Cav. DOMENICO CHIARA
al signor Cav. ROMOLO GRIFFINI
Medico-Direttore dell'Ospizio Provinciale degli Esposti e delle Partorienti

(*Continuazione e fine*, V. pag. 366).

Eccole pertanto una serie di quadri o prospettini statistici; con uno sguardo la S. V. potrà giudicare dei due sistemi, e i medesimi risparmieranno a me arzigogoli e ginnastica oratoria, chè le parole son parole ed i fatti son fatti.

Pratica di LAZZATI.

Anni 1865 – 66 – 67 – 68 – 69 – 70
Numero complessivo dei parti 2502
Somma totale delle operazioni 261 (1)
Numero complessivo delle morte 62

	Operate di forcipe	morte
Anno 1865	14	4
» 1866	9	3
» 1867	11	2
» 1868	15	3
» 1869	5	1
» 1870	2	0
Totale N.	56	13

(1) N. 14 delle operate furono trasferite all'Ospedale Maggiore dove ne morirono 8 che fanno salire la somma delle morte a 70.

Pratica di CHIARA.

Anni 1873 – 74 – 75 – 76 – 77 – 78
Numero complessivo dei parti 1830
Somma totale delle operazioni 265 (1)
Numero complessivo delle morte 55

	Operate di forcipe	morte
Anno 1873	15	0
» 1874	11	1
» 1875	16	4
» 1876	22	2
» 1877	16	2
» 1878	12	1
Totale N.	92	10

(1) N. 2 furono trasferite all'Ospedale Maggiore e vi guarirono; è poi inutile far osservare che di molte la morte non fu conseguenza diretta dell'atto operativo.

	Operate di embriotomia	morte		Operate di embriotomia	morte
Anno 1865	5	2	Anno 1873	6	1
» 1866	8	1	» 1874	7	3
» 1867	6	3	» 1875	8	1
» 1868	4	2	» 1876	17	6
» 1869	6	2	» 1877	8	1
» 1870	5	2	» 1878	11	2
Totale N.	34	12	Totale N.	57	14

Ed ora se talentasse a Vossignoria di dedurre da' riportati quadri il bilancio del sistema del *pronto intervento* confrontato con quello della molta fiducia nella natura e della conseguente *aspettazione prolungata*, ella troverà col primo sistema (pronto intervento):

A) *Un numero maggiore di atti operativi con un numero minore di ricoverate, avendosi la proporzione seguente:*

Lazzati: Operazioni . . . . . 10.43 %
Chiara: » . . . . . 14.42 %

B) *La mortalità relativa alle operazioni è minore:*

Lazzati: (Tenendo conto delle morte all'Ospedale Maggiore) 27.5 %
Senza queste . . . . . 23.7 %
Chiara: . . . . . 20.7 %

C) *Proporzione dell'embriotomia e mortalità relativa:*

Lazzati: Operazioni embriotomiche . . . . . 1.35 %
Mortalità . . . . . 35.2 %
Chiara: Operazioni embriotomiche . . . . . 3.1 %
Mortalità . . . . . 24 %

Nelle 57 operazioni embriotomiche da me fatte contansi 23 embriulcie (uncino acuto) con 3 morte, donde la proporzione 13 % rappresentante la mortalità di questo sì temuto strumento: dirò qualche parola più tardi su quest'argomento.

Infine il bilancio del forcipe sarebbe il seguente:

Lazzati:	Proporzione dell'atto operativo	2.2 %
	Mortalità	23 %
Chiara:	Proporzione dell'atto operativo	5 % (1 su 20)
	Mortalità	10 %

È ben vero che, specie per il forcipe, moltiplicando le operazioni si diminuisce necessariamente la mortalità; ma nel caso nostro la mortalità più che doppia del Lazzati non è spiegata dalla *metà meno* di operazioni, poichè per 56 operazioni e 13 morte, noi contiamo 92 operazioni e 10 morte: v'ha dunque per quella un altro momento etiologico, ed io credo sia la soverchia potenza del forcipe cui abitualmente maneggiava il mio onorevole ed abile predecessore, potenza rappresentata dal peso di 1200 grammi e dalla lunghezza di 44 centimetri, proporzioni del più massiccio cefalotribo!

Non nego che maneggiando uno strumento di tanta mole e potenza si vincono difficoltà ed ostacoli meccanici di maggior gravezza, diminuendo il numero delle vere embriotomie; ma il risultamento ultimo non ci si para come più consolante; mortalità maggiore con il forcipe, minore il numero degli atti embriotomici, e più forte la loro mortalità; da un lato 35.2 % e dall'altro 24,5 %!

E qui pure non è applicabile il principio che moltiplicando le operazioni si diminuisce la mortalità, poichè la differenza non è proporzionale all'aumento; s'aggiunga che io conto in 6 anni 1830 parti soltanto, per 2502 del sessennio Lazzati, ed è noto che la cifra della mortalità va scemando col crescere di quella indicante il numero dei parti.

A condizioni igieniche uguali, e con un' *armonica proporzione* di parti distocici, la mortalità è più alta nelle *piccole* che nelle *grandi* cliniche, perchè in quelle tutte le donne sono soggetto di esame di studio da parte della scolaresca, e le probabilità dell' infezione sono maggiori; dico nelle cliniche, ma potrei forse dire eziandio nelle maternità.

La mortalità complessiva, senza distinzione etiologica negli istituti di Milano e Torino, ad esempio, oscilla negli anni andati tra 7 e 12 %, e vi si contano da 200 a 300 parti all'anno.

La maternità di Mosca nel biennio 1876-77 contò 7536 parti e 115 puerpere morte, cioè 1.5 % *non contando la mortalità di certi accidenti ed atti operativi:* così la placenta previa osservata 27 volte diede la mortalità per la madre del 37 % l'eclampsia il 33.3 %' le viziature pelviche (78 soltanto su 7536 parti!!) 12.8 %.

La clinica di Vienna, diretta da C. Braun ebbe nell' anno 1874 2426 parti, e la mortalità di 3.5 %, non compresa quella degli atti operativi; le operazioni furono 267, ma non è riferita la proporzione delle morte.

Io su 1830 parti conto 265 operazioni, Lazzati ne ha 261 su 2502 parti; adunque considerato ancora sotto questo aspetto il pronto intervento si mostra più vantaggioso che non la lunga aspettazione.

Ho detto, Egregio amico, che tra gli atti embriotomici contansi 23 embriulcie; 20 volte l' uncino acuto fu applicato da me, 3 volte dai signori medici assistenti: *sei* donne soccombettero, e sottraendone tre morte, 1 per rottura spontanea dell'utero anteriore all'operazione, e 2 per lesioni fatte da tentativi di liberazione precedenti pure l'applicazione dell'uncino, si avrebbe la debole mortalità del 13 % (1): nessun accidente tra quelli cui si dice *teoricamente,* disponga l'uso dell' uncino acuto fu da noi osservato, e praticamente mostrossi assai meno micidiale del cefalo-

(1) Aggiungendovi le applicazioni fatte nel 1879, questa mortalità scende al 12 %.

tribo non fenestrato, quello classico per il quale sono si teneri i francesi come se fosse, e non è, uno strumento veramente nazionale; difatti gli ostetrici francesi confessano per il cefalotribo la mortalità di 36 %. A che dunque si riducono i timori, l'avversione, l'orrore dei vecchi e giovani ostetrici d'oltre Frejus per l'uncino acuto? Potrei dire all'amore della frase. Pajot insegna che « l'uncino acuto in cui si termina da un lato il manico del » forcipe francese, sta quivi e dev'esserci per avvertir sempre il » pratico di non servirsene mai!.... » e tutti quasi, eccetto quel gran conservatore ch'è il Bailly, a ripetere un po' da pappagallo la *grande* frase del Pajot senza badare nè al ragionamento, nè alla logica, nè, ciò che più importa, alla esperienza degli altri. Pinard nel suo recentissimo articolo *Forcipe* nel dizionario enciclopedico francese di medicina riferisce con compiacenza i detti del Pajot: eh! sì che il Pinard si mostra nel suo scritto conoscitore delle cose estere assai più di quanto non sogliano essere i suoi compatrioti; ma più in lui può l'autorità che l'erudizione; *magister dixit* e.... basta!

Tanto temibile, sì micidiale uno strumento che la generalità dei pratici inglesi maneggia con più fiducia e maggior frequenza del forcipe! Tant'è vero che ieri ancora (7 maggio 1879) nella Società Ostetrica di Londra il Barnes faceva un caldo elogio del forcipe lungo, con il precipuo intendimento di diffonderne l'uso per diminuire il numero di casi nei quali si ricorre al perforatore ed *agli uncini*. « Taking a scientific point of view, cramio- » tomy should never be the alternative against for the forceps. » The domination of the sacrificial operation is totally distinct » from that of the conservative operation of the forceps ».

Agli ostetrici italiani che maneggiano quasi soltanto il forcipe lungo, e da gran tempo, coteste massime del Barnes, parranno un po' tardive, proclamate come sono nell'anno di grazia 1879! Ne feci cenno tuttavia perchè dimostrano la verità del mio asserto, ed anche il fatto che in questa *buona* Italia non tutto ab-

biamo proprio da prendere agli stranieri.... anche in ostetricia c'è del buono in casa *e di casa nostra!*

Nelle mie lezioni cliniche, in qualche scritto sull'argomento, svolsi le ragioni che militano in favore del vecchio e troppo negletto uncino acuto (negletto forse perchè così semplice e poco costoso!), e cercai ancora di dar ragione della sua maggiore innocenza paragonato con il grosso cefalotribo non fenestrato: non vi faccio ritorno per iscansare ripetizioni la cui utilità parmi contestabile quivi, e chiudo questa già troppo lunga cicalata, proponendomi nella seguente di dire a lei, Stimatissimo collega, tutto intiero e con franchezza l'animo mio sull'argomento « *parto prematuro artificiale* », con la fondatissima previsione di suscitare clamori ne' *credenti,* umili e illustri, e farmi forse bandire dal grembo della chiesa ostetrica ortodossa.

20 Maggio 1879.

Lettera 4.ª

Parabola del parto prematuro artificiale nelle *stenosi pelviche* — Mosca — Vienna — Milano e Torino — Rosee statistiche del Joulin — Eccessi al mezzogiorno in un senso, al settentrione in un altro — Spiegelberg e Schröder — Giro di frase di quest'autore che finisce per contraddirsi — Ragioni per ridurre i limiti del campo, e le indicazioni del parto prematuro artificiale — Che cosa vi si dovrà sostituire — Si rettificano alcune cifre trovate in un recente lavoro del Berruti — Conclusione.

Stimatissimo Collega, Egregio Amico:

Il *parto prematuro artificiale*, quello almeno che con la metodica interruzione della gravidanza tende a girare gli ostacoli associati *alla stenosi pelvica*, questo parto prematuro sta compiendo se pure non l'ha compiuta, la sua parabola!

Eccole una sentenza, Stimatissimo collega, che molti ostetrici italiani, specie meridionali, giudicheranno più che strana, una *vera eresia scientifico-clinica!*

Eppure son convinto di affermare una verità, un fatto che probabilmente tra qualche anno, invertite le parti, diventerà un articolo di fede colà pure donde ora potrebbe partire il grido « *eresia* ».

Nella grande Maternità di Mosca il Dott. Hugenberger su 7536 parti nel biennio 1876-77 provocò 2 *volte!* il parto per stenosi pelvica. — Carlo Braun nella sua frequentatissima clinica su 2426 parti e con 154 casi di strettezza pelvica nel 1874 provocò 2 *volte* il parto per viziatura pelvica! — Nel nostro Ospizio, come si può rilevare dal quadro N. 18, durante l'anno 1878 su 101 casi di viziature pelviche (tra lievi e gravi), l'interruzione della gravidanza fu provocata 8 volte! vale a dire molto, ma molto più di spesso che nelle cliniche citate; posso affermare però che il numero è

minore che negli anni progressi, che minore sarà nell'anno corrente, e prendo impegno di ridurlo ben presto a quello che ci offrono le cliniche di Russia, dell'Austria, di Germania.

Or fanno appena 2 mesi, il mio amico, l'Egregio Direttore della Clinica torinese si esprimeva in termini analoghi, e il medico 1.° assistente, il Dott. Bergesio aggiungevami recentemente del suo che *procedendo di questo passo tra due anni il parto prematuro artificiale per stenosi pelvica si sarebbe visto bandito dalla Clinica di Torino.* — Ecco già trovato un altro eresiarca in Italia, e la compagnia è buona, ella lo sa, e potrei aggiungervi Porro, Direttore della Clinica di Pavia, che nella sua tesi: « *Risultati apparenti e risultati veri del parto prematuro* » si mostra tutt'altro che entusiasta dell'atto che sto discutendo. Difatti egli conchiude a pag. 53: « Sono da ritenersi come risultati veri del » parto precoce artificiale la mortalità del 76 3/4 per cento ne' » feti, la mortalità del 23 1/4 per cento delle madri e la morta- » lità di 50 sopra 100 individui, metà madri e metà figli. — Ad » una ristrettezza minore di 83 millimetri la provocazione del » parto è operazione inutile. — Se la scienza, la coscienza e la » società non proibiscono la provocazione del parto precoce i cui « risultati veri danno una mortalità di 50 individui almeno so- « pra 100, non saravvi una ragione che potrassi opporre alla » provocazione dell'aborto diretto a salvare la vita di quello fra » i due individui che deve meritare la preferenza ». Vale a dire, aggiungerei io, che da 65 a 70 millimetri non essendo possibile di raggiungere lo scopo del vero parto prematuro si dovrebbe, quando la donna ci consulti in tempo, provocare sempre l'aborto — Il Joulin, a pag. 1103 del suo trattato, scrive: « Sur 2064 fem- » mes, 1967 ont survécu. 97 sont motes; proportion des décès 4.7 » pour 100. — Sur 2,051 enfants, 1269 sont nés vivants (non » dice quanti abbian vissuto più di 1 giorno) « 782 ont soccombé; » proportion 47 8 pour 100. — Si maintenant on rénuit les décès » des deux séries, soit 879 pour 4,115 existences, la proportion

» générale pour la mère et l'enfant n'est plus que de 21.3
» pour 100. — Que l'on compare ce résultat avec ceux que don-
» nent la céphalotripsie, l'opération cæsarienne, ou même le for-
» ceps lorsqu'il existe à terme un defaut de proportion entre les
» parties maternelles et le fœtus! » Saggie, anzi sante parole sono queste; sfortunatamente v'ha molto roseo nelle cifre riportate e si può con tutto fondamento asseverare che v'ha nell'aritmetica intesa in sifatto modo, molta rettorica.

Nell'Ospizio milanese dall'anno 1865 a tutto il 1878 furono a scopo curativo e preventivo interrotte 137 gravidanze; soccombettero N. 30 operate! ossia la mortalità per la donna fu del 22 circa per 100; quella de' bambini, tenuti in conto i morti nelle prime 24 ore sta fra 75 e 85; quanta distanza dal 4.7 e 47.8 per 100 del Joulin! Della Clinica di Torino ecco quanto posso dire di più recente. Nell'anno 1878 fu provocato 7 volte il parto prematuro, di cui 6 per viziatura pelvica; *una* donna ebbe puerperio normale, *sei* morirono. — Ammaestrato da tanti decessi nell'anno seguente il Professore si astiene dall'intervenire in 5 donne viziate per le quali avrebbe fatto in altri tempi il parto prematuro; tutte si sgravarono spontaneamente (più o meno presto) e nessuna soccombette! (1) — Quella del forcipe, della versione, delle varie pratiche embriotomiche è una mortalità meno elevata, e la S. V. può rilevarlo dalle poche cifre riferite nella lettera antecedente; queste ultime sono operazioni giudicate assai più gravi e difficili del parto prematuro; i risultati migliori da noi ottenuti con esse sono valido argomento da opporre a cui volesse incolpare della mortalità relativa al parto provocato la nostra poca o niuna destrezza e abilità operativa. — E non sarebbe più tosto da cercarne la causa nella leggerezza delle indi-

(1) Da un prospettino recentemente pubblicato dal Dott. Bergesio, medico 1.° assistente, si rileva che nella Clinica torinese la mortalità della madre, per il parto prematuro ostetrico, tocca 32 %!

cazioni, o nella troppa estensione che per noi si dà a cotesta pratica del parto prematuro artificiale? Risponderò che si seguirono sempre le indicazioni e la estensione date dai migliori trattatisti; (da 65 a 85 millimetri) qualche *rara* volta o per invincibile rifiuto della donna per il taglio cesareo, oppure per il volume del feto varcammo i detti confini; non mai però di tanto da imitare la pratica della Clinica ostetrica di Napoli dove si provoca il parto in bacini lievemente ristretti (95 millimetri nella C.V.) — A pag. 52 53 del rendiconto redatto per la detta clinica dal mio amico il Cav. E. Raffaele, l'autore dopo aver respinto, credo non vittoriosamente, la divisione delle indicazioni del parto prematuro artificiale in *assolute* e *relative*, così scrive: « Posti in » presenza di una primipara con leggiero restringimento del ba- » cino (millimetri 95-3 ½ pollici), non esitiamo a provocare ar- » tificialmente il parto di qualche settimana ». Noi crediamo invece, a Milano, a Torino, a Pavia, che, salvo casi speciali di straordinario volume del feto, di bacino totalmente e regolarmente ristretto, il parto prematuro sia inutile al disopra di 85, e magari di 80 millimetri.... nientemeno che 10, 15 millimetri di differenza! — Ma non anticipiamo su ciò che dovrà dirsi più tardi. — Accettando adunque le indicazioni e la estensione date dagli autori, noi potremmo, anche per questo rispetto, proclamarci mondi di colpa e immeritevoli di biasimo alcuno. — Eppure credo che quivi, proprio in quest'ultimo cantuccio *latet anguis!* — Scrive Schröder a pag. 237 del suo manuale: « Tout » récemment Spiegelberg, en réssemblant dans des collections » statistiques les résultats d'un grand nombre d'accouchements » prématurés artificiels, est arrivé à émettre cette opinion que » dans les rétrécissements du bassin au dessous de $0^{m}.08$, la pro- » vocation de l'accouchement doit être réjetée comme trop dan- » gereuse pour la mère et pour l'enfant.... — e continua — » nous ne pouvons adopter cette manière de voir pour les rai- » sons suivantes.... » e le ragioni che adduce sono buone, buo-

nissime; ma qualche linea più giù, dimenticate forse le dette ragioni, conchiude: « Quoique, par conséquent, d'une façon géné-
» rale nous n'admettions pas l'opinion de Spiegelberg, nous nous
» rapprochons de lui en ce sens que nous admettons que dans
» l'intérêt de l'enfant il vaut mieux pratiquer l'opération on peu
» trop tard, que trop tôt, et ce n'est *que tout à fait à contre-*
» *cœur que nous pratiquons* l'opération avant la 34me semaine . . . ? « *ma fine della* 34ª settimana vuol dire fine dell' 8.° mese, epoca nella quale la testa del feto misura nel diametro biparietale assai più di 0m,08! .... ed ecco che con un giro di frasi (e lo Schröder ne ha parecchi nel suo bel manuale) l'autorevole ostetrico berlinese giunge anche lui, come lo Spiegelberg, a rifiutare il parto prematuro artificiale ne' bacini viziati al disotto di 0m,08, tanto più che prima aveva scritto: « des remarques précédentes il ré-
» sulte que le but qu'on se propose souvent presque uniquement
» par l'opération, c'est-à-dire la conservation de l'enfant, *n'est*
» *assez souvent pas atteint!* »

Prendo atto di queste parole che mi dovranno giovare assai tra qualche minuto.

La interruzione artificiale della gravidanza nelle stenosi pelviche viene regolata, quanto all' epoca dalla relazione che va passando e mettendosi, da un giorno all'altro, tra le dimensioni della testa fetale e quelle della pelvi materna; di più, posto che il parto prematuro si chiama così perchè si propone di avere un bambino vitale, vuolsi ancora tenere in mente che la vitalità vera, quella che fu anche detta *ostetrica*, non si presenta che quando il volume del capo fetale è rappresentato da un diametro biparietale di almeno 80 millimetri. Adunque, portando il limite inferiore delle stenosi indicanti il parto prematuro a 65 millimetri, interrompendo cioè la gravidanza nel 7° mese, o sul principio dell'8° noi facciamo, non per il codice, ma per la vitalità del feto, ch' è lo scopo precipuo, un aborto mascherato, donde la verità della sentenza di Schröder che lo scopo quasi unico del parto prematuro

(la salvezza del feto) fallisce assai di spesso,... *n'est assez souvent pas atteint!* Nè la donna è meglio rispettata, poichè prescindendo dalle conseguenze necessarie di un parto *violentemente* anticipato, l'arte molto, anzi troppo spesso, deve intervenire con un atto complementare, *forcipe, versione, perforazione, cefalotrissia*. E qui calza a puntino la manifestazione della mia meraviglia perchè il Barnes abbia proclamato « essere la versione il complemento naturale del parto prematuro ».

Quest' operazione ha, *per me almeno*, la sua *ragione di essere* nella possibilità di porre, quando le indicazioni sono ben prese, le relazioni diametriche e volumetriche tra testa fetale e pelvi materna nelle condizioni istesse in cui dovrebbero trovarsi, a termine di gravidanza, se la pelvi fosse ben conformata o lievemente stretta, e il feto non *straordinariamente* voluminoso.

Diffatti, supposto che la C. V. sia di 88, e la pelvi semplicemente piatta, e si provochi il parto quando il diametro biparietale del feto è di 85, 87, la relazione tra testa e canale non è forse identica a quella che sarebbe, *a termine*, tra una pelvi piatta dalla C. V. di 10, e il diametro biparietale del feto di 96, 97 millimetri?

Porre adunque per principio che del parto prematuro sia ottimo, anzi naturale, complemento la versione, gli è come porre il principio che *l'operare* sia il complemento fisiologico, la naturale necessità del parto a termine in pelvi ben confermata. Ammaestrato da qualche catastrofe successa nelle mani di taluno che volle seguire i precetti del Barnes non mi perito, da parte mia di respingere *calorosamente*, siccome esiziale, la *teorica preconcezione* dell' ostetrico inglese. Solo argomento in suo favore sta il fatto meccanico anatomico che la base fetale supera più agevolmente una stenosi pelvica (ant. posteriore) impegnandosi per la base, che per il vertice; ma vi sta contro l'altro fatto che osservai con frequenza, che Litzmann dimostrò, cioè la molta facilità e frequenza delle emorragie cerebrali nei feti prematuri...; e

qui torno allo scopo principale del parto prematuro. Per ottenerlo con maggiore probabilità, vuolsi necessariamente elevare il limite inferiore delle indicazioni, e circoscrivere l' interruzione della gravidanza tra 80 millimetri in meno e 85 o 90 millimetri in più. Ma in questo campo il parto prematuro è desso *regolarmente* necessario, è desso utile, se non sempre, almeno nella più parte dei casi?

Fin da' primordî dell' accoglienza di cotesta pratica nella famiglia delle operazioni ostetriche molti clinici avevan posto tra le contro indicazioni al parto prematuro nelle pelvi viziate non più di 80 millimetri la primiparità, sia perchè nelle primipare, il parto suole naturalmente anticipare, sia perchè la giornaliera esperienza dimostra la possibilità del parto spontaneo in bacini ristretti di 1.° grado, sia infine perchè la esatta pelvimetria è sempre assai malagevole donde la probabilità grande di peccare *in più* nel nostro giudizio.

A tutte queste ragioni, ch' hanno pure un certo valore, io aggiungo un fatto, cui giudico importantissimo, e che tutti possono controllare ed osservare, sebbene finora nessun clinico v' abbia fissato la sua attenzione. Il fatto è questo che nella pluralità delle donne viziate, in quelle specialmente nelle quali la stenosi pelvica s' accompagna da gracilità organica e atrofia scheletrica, il parto *precoce* è la regola, il parto prematuro frequentissimo (1). Da circa 3 anni, dacchè la mia attenzione è rivolta su questo punto di pratica, calcolo a circa 20 il numero dei parti di questa fatta che ogni anno si osservano nel nostro Istituto in donne ristrette da 80 a 90 millimetri nella C. V. Questo fatto, che, lo ripeto, ciascun clinico può, quando il voglia, verificare, riconosce più elementi etiologici, tra cui credo precipuo *la nota*

(1) Faccio distinzione, e credo giustamente tra parto *precoce* e *prematuro*, come deve distinguersi un frutto *prematuro*, da quello maturato e staccatosi *precocemente* dalla pianta, sebbene questo abbia quasi sempre l'apparenza di prematuro.

embrionale delle fibre uterine, per cui si fanno adulte e raggiungono il grado di sviluppo necessario per il parto più presto, o a minor mole che negli uteri grandi, ben sviluppati, o per dirla ostetricamente, *ben conformati:* avverrebbe insomma per l'organo ciò che si osserva nell'individuo; v' ha la donna che raggiunge il massimo sviluppo ed è adulta quando la sua statura è 1^m, 40, v' ha quella che v' arriva colla statura di 1^m, 60, e quell' altra di 1^m, 70.

È probabile inoltre che l' armonia tra contenente e contenuto (pelvi, utero, ovo), voluta dalle leggi organiche non vi sia estranea, io mi propongo di studiare in altra occasione quest' argomento per cui sto raccogliendo i materiali necessarî; per ora, e per lo scopo di questa mia, può bastare il semplice annunzio del fatto. Orbene questo aggiunto alle considerazioni fatte relativamente alle primiparità, al meglio studiato meccanismo del parto nei bacini viziati, al più esatto apprezzamento dei diametri che si confrontano, e particolarmente della lunghezza del diametro biparietale ostetrico, e alla innegabile riduttibilità della base del cranio fetale, mi autorizza a *proclamare che al disopra di* 80, *e in particolar modo di* 85, *l'interruzione artificiale della gravidanza non è regolarmente necessaria; che può essere ma raramente utile.*

Ed ecco che rifiutando l'operazione al disotto di 80 millimetri perchè, come dimostrò Spiegelberg, il parto prematuro artificiale è pericoloso per la madre e per il feto, respingendola sopra gli 85 millimetri perchè non necessaria, e di rado utile, noi avremo ridotto angustissimo il campo nel quale l' operazione va contenuta, e trovata la ragione, o il perchè a Mosca e a Vienna con 10 mila parti e un totale di 200 stenosi pelviche si trovino soltanto 4 parti prematuri artificiali.

Nell'Ospizio nostro il numero è assai più forte, è vero; ma non lo ci si rinfacci come una contraddizione, avvegnachè da noi le viziature pelviche sono più frequenti e più gravi, tant' è vero che a Mosca con 7536 contano 2 tagli cesarei; a Vienna nell'anno 1871

nessuno con 2426 parti; e da noi con un totale di 4332 parti il taglio cesareo raggiunge l'enorme cifra 15, e tutti *per indicazione assoluta.* Secondo che da noi il parto prematuro artificiale entrò siffattamente nelle abitudini che la più parte delle operate, o di propria iniziativa, o mandate dal medico, ci vengono nel giorno e quasi nell'ora precisa per l'atto operativo, e per questo soltanto, ed è ben raro che la nostra logica valga a scuotere la presa decisione!

E così la nostra condotta viene dettata da necessità più morali che ostetriche; il tempo, certi riguardi che è inutile indicare a lei, e poi ancora il tempo porteranno *in pratica* quelle modificazioni che teoricamente per noi son già decise.

Giunto quivi, il lettore (supposto che un lettore ci sia) potrebbe dirmi « sta bene; le vostre parole, e le cifre riferite mi hanno convinto; il parto prematuro nelle stenosi pelviche non è » quel sì *prezioso* compenso (ressource) che si proclama; di esso » si abusò e si abusa, e l'abuso va infrenato; ma che cosa vi » sostituirete? Vorreste per caso tornare all'ostagra di P. d'Egina » all'almisdack di Albucasis, clle forbici di Celso, ai mille uncini, » alle centinaja di pinzette dentate, a tutta insomma la ferraglia » degna di quella sala del palazzo di città di Norimberga dove » conservansi gli strumenti della santa tortura? O tornare in- » vece alla pratica dei tempi di Roussel, quando il taglio cesareo » era, così fu scritto, frequente al pari del salasso? »

Al benigno lettore rispondo che son troppo amico del progresso, ed ho la coscienza di aver mostrato alquanto zelo nel lavorare per esso, perchè debba spendere parole per respingere codesti timori.

Dirò soltanto che i metodi embriotomici perfezionati e resi più innocenti, le modificazioni al taglio cesareo classico, e la profilassi antisettica lasciano sperare, ove cooperi con armonia, che in un avvenire non lontano la *somma di vite realmente salve* (e non salve soltanto al battesimo, o all'estrema unzione) sarà superiore

di molto a quella che ci offre il parto prematuro, sia pur guardato con lenti d'ingrandimento, e colorate in rosa (1).

Egregio amico, facendo cenno di perfezionamenti ne' metodi embriotomici mi vengono alla mente alcune cifre vedute in un recente lavoro (2) del Dott. Berruti di Torino, le quali vi si riferiscono, ed io domando di farvi sopra qualche commento. L'egregio aggregato alla Facoltà medica torinese spinto all'entusiasmo da 1 (!) successo di ovaro-isterotomia cesareo, al punto da proclamarla indicata nella grave metrorragia puerperale, si mise con lena attorno a un lavoro analitico e sintetico su quest'argomento.

A me che sto in Ospizio dove in questi giorni si operava per la 5ª volta l'operazione del Porro *e con* 3 *successi*, il lavoro del Berruti pare intempestivo, perchè i fatti noti essendo ancora pochi l'autore si mette nel pericolo di tenersi nel vago per la parte critica, o di porre in campo conclusioni affrettate che ogni nuovo contingente di fatto potrebbe di giorno in giorno scalzare. Ma non è di ciò che voglio discorrere, sì bene di *alcune medie* ch'egli oppone alla cifra rappresentante la mortalità del taglio cesareo modificato dal Porro. Il lavoro del Berruti vede la luce nel *Giornale Internazionale delle scienze mediche* il quale si pubblica in Napoli. A pag. 719, venuto a discorrere della cefalotrissia, così si esprime:

« Sopra una media raccolta dalle osservazioni e dai lavori pub-
» blicati nelle Maternità *nazionali ed estere* la mortalità oltrepas-
» serebbe il 50 % per le madri, oltre la perdita di tutti i bam-
» bini »; poi alla pag. 721 dà il piccolo prospetto che segue:

---

(1) Credo bene dichiarare che tutto quanto scrissi va riferito al parto prematuro provocato per vizi del bacino negli Ospizi di Maternità donde *quasi* tutti i bambini passano tra gli esposti.

(2) Vedi in *Giornale Internazionale delle scienze mediche.* Fasc. 7. — Napoli, 1879.

OPERAZIONI	Mortalità per cento		
	Madre	Feto	Media generale
Operazione cesarea	66,3	33,5	50,0
Cefolotrissia interno-esterna	42,4	100.0	74,0
Forcipe ed apparecchi a trazione.	21,6	64,8	43,2
Uncini	17,6	100,0	59,0
Forcipe sega	21,3	100.0	60,6
Sinfisiotomia	40,0	63,0	51,5
Istero ovariotomia cesarea	48,0	10,0	27,0

L'autore afferma d'aver raccolte queste cifre ne' trattati recenti di ostetricia, e glielo credo; ma per ciò che concerne all'embriotomia, e specialmente alla cefalotrissia (1), se devo giudicare da un *sessennio* di mia pratica nell' Ospizio Milanese *che voglio supporre faccia parte delle Maternità nazionali* di cui afferma l'autore di aver raccolto le osservazioni, debbo dire che le cifre sono *grandemente lontane dal vero* (2). Se alla S. V. piacerà di muovere un passo indietro e dare uno sguardo al confronto che feci nella lettera 3ª tra i due sistemi *pronto intervento* e *aspettazione* troverà che la mortalità dell' embriotomia, *considerata in blocco,* inchiudendovi cioè anche que' casi ne' quali la morte doveva inesorabilmente tener dietro ad accidenti e non facendo distinzione di processi operativi anteriori all'atto operativo troverà dico che la mortalità della embriotomia dal 1873 a tutto il 1878 è appena del 24.5 %! E se poi desiderasse conoscere la mortalità della cefalotrissia (fatta sempre seguendo il sistema del pronto intervento e con strumenti perfezionati), le dirò che ancora nei 6 anni citati

(1) Credo che manchino ancora completamente gli elementi per una statistica della cefalotrissia *interna*!

(2) I dati pervenutimi da 3 altre Cliniche italiane per l'ultimo quinquennio confortano questa sentenza: nessuna di queste Cliniche ha una mortalità superiore a 30 %.

il numero delle cefalotrissie fu di 17, con 3 morte, tra cui *una* per distacco di tutto l'utero dal fornice vaginale, fattosi durante il trasporto della donna all'Ospizio, donde la mortalità dell' 11,09 se viene fatta questa deduzione, come Berruti pratica con il taglio cesareo modificato riguardo ai casi di Franzolini, Previtali e Inzani, e 17,06 se vuolsi fare una media complessiva: non le pare, Egregio amico, che 11 e 17 siano cifre molto lontane da 50 e da 42!! Aggiungasi che se il metodo antisettico migliorerà i risultamenti della ovaro-isterotomia cesarea, non si manterrà inerte per le altre operazioni se i clinici vorranno darsi la pena di applicarlo. Un altro appunto ancora farei al lavoro dell' onorevole ed operoso insegnante libero nella facoltà di Torino, ed è di aver trascurato di confrontare la mortalità del parto prematuro con quella dell'operazione ch'egli sta studiando, avvegnachè v'avrebbe trovato in favore del taglio cesareo modificato un argomento assai importante; infatti supponendo sia 20 % (ed è più forte) nelle madri e 70 % nei feti la mortalità del parto prematuro, si avrebbe confrontandolo con il taglio modificato, e ch' è ancora nell' infanzia, un numero di vite perdute quasi doppio con il parto prematuro artificiale.

E del cranioclaste il quale da circa 4 anni ha preso il posto del cefalotribo in quasi tutte le cliniche tedesche, russe, e in alcune d'Italia perchè non fare il confronto con il taglio modificato, come lo fece degli uncini assai, ma assai meno adoperati? Così se il Berruti che scrive aver raccolto osservazioni nelle Maternità nazionali ed estere, avesse consultato il rendiconto di Hugenberger per la Maternità di Mosca nel biennio 1876-1877 avrebbe trovato che la *perforazione con successiva cranioclasia o cefalotrissia diede la mortalità del* 26 %, cifra molto lontana essa pure da 42 % accolta dal Berruti!

Ed ora se la S. V. mi domandasse le ragioni di questa specie di sfuriata, le risponderò che la feci per amore della verità e della esattezza, per provarle che il perfezionamento dell' arma-

mentario e del tecnicismo operativo ostetrico sono una realtà, e che *la chirurgia ostetrica* in genere, italiana in ispecie, non è poi così micidiale come le cifre riferite dal Berruti autorizzerebbero a credere.

Del resto, il rigore scientifico vuole che non si confronti l'operazione cesarea modificata con questo, o quello de' processi embriotomici più micidiali, ma con la embriotomia in genere; e se in questa famiglia di atti operativi se ne trova qualcheduno che risponda alla generalità delle richieste cliniche e che dia risultamenti migliori di un altro, gli è con esso che la logica vuole vi faccia il confronto della mortalità e non quel processo che si mostra meno innocente.

L'operazione cesarea secondo il metodo Porro ha titoli sufficienti di nobiltà, e un avvenire abbastanza brillante per sè, da rendere inutile ogni confronto con operazioni che generalmente hanno indicazioni loro speciali, inutile aggravare la mano su queste ingrossando la cifra della mortalità per accrescere nello spirito dei cultori dell'ostetricia la estimazione di quella: ciò dicendo non temo di apparire avversario, o freddo amico dell'amputazione cesarea dell'utero; tra i primi in Italia seguì la strada che l'ardita iniziativa del Porro ci additava, e niuno (salvo il Braun C. di Vienna) raggiunse ancora la nostra cifra di ovaro-isteroectomie cesaree nel breve spazio di 21 mesi...; e *questo fia suggel ch'ogni uom sganni.*

Giugno e Agosto 1879.

Lettera 5.ª

Prove della *nota di distinzione data* all'anno clinico 1878 — La rottura spontanea dell'utero nelle stenosi pelviche — Suo meccanismo — Caso clinico — Rotture provocate da maneggi operativi — Storia di un caso — Legittime conseguenze pratiche — Un cenno della etero-infezione — Cura chirurgica delle rotture d'utero — Progetti che giudicherà un avvenire forse non lontano.

Stimatissimo Collega, Egregio Amico:

In sull'esordio della mia prima lettera ho scritto che l'anno clinico 1878 aveva meritato una *particolare nota di distinzione;* il tempo è ora venuto di provare la verità del mio asserto. Com'ella, Stimatissimo collega, potrà prevedere, gli avvenimenti gravi e importantissimi, e fecondi a tutti noi di molta istruzione pratica, de' quali fu ricco l'anno decorso, appartengono quasi tutti *al regno della distocia;* uno solo spetterebbe agli accidenti del puerperio, ed è il caso della donna registrata col N. 326, la quale soccombeva fulminata dall'*embolismo aereo.* — So ch'è proposito dal Medico 1.° assistente di fare pubblica la storia del raro e importantissimo fatto (1), corredandola di quelle riflessioni che a suo giudizio potranno porgere qualche norma e istruzione al clinico cui tocchi in futuro la ventura di trovarsi alle prese con casi analoghi; pertanto non dico altro, non volendo vincolare in modo alcuno, nè sopra verun punto la libertà di scrittore e di clinico del nostro bravo assistente; ragionerò invece brevemente degli altri fatti che sono rappresentati:

1.° dal numero cospicuo di rotture d'utero (3);

2.° dalla stragrande copia di presentazioni del tronco (12);

---

(1) Vedi il Numero di gennajo degli *Annali di ostetricia*, 1880.

3.° dall' abbondanza e gravità delle viziature pelviche, le quali nel campo delle operazioni diedero la somma di 2 ovaro-isteroectomie cesaree, 3 cefalotrissie con il forcipe Guyon, 1 cefalotrissia col medesimo strumento completata con l'uncino acuto, 1 cefalotrissia con il forcipe Lollini, e 1 cranioclasia con il cranioclasta di Braun.

Delle rotture d' utero una fu spontanea, ma coadiuvata dallo inopportuno e cattivo trasporto della donna. Gli è cosa risaputa che *le rotture* dette *spontanee* dell' utero in soprapparto, sono potentemente favorite dalla pluriparità, e dalle lievi stenosi dello stretto addominale, tali cioè da permettere l'impegno della testa, fino al diametro biparietale. A questo punto se la testa è voluminosa, o molto ossificata, oppure non si flette abbastanza da lasciar scendere il cono occipitale, permettendo così il confronto del diametro biparietale ostetrico con la conjugata vera, o infine non è inclinata di tanto da permettere al parietale anteriore un pronto e notevole abbassamento, per modo che la testa s' impegni di sghembo, si forma una specie d' inchiodamento; il cercine inferiore dell'utero viene con forza compresso tra la testa e il contorno dello stretto addominale; ne risulta che la fibra uterina, modellata nello stato di riposo, sulla curva del feto, e specialmente del duro globo cefalico, quando si contrae, tendendo alla linea diritta, se la contrazione è molto valida, pigiata com' è in basso dalla testa che non la lascia scorrere in alto stirando il fornice vaginale, si rompe in questo punto; l' utero insomma si squarcia o si stacca dal fornice con un meccanismo analogo a quello che noi adoperiamo per dividere un foglio di carta lungo la linea di sua piegatura; spiegato il foglio di carta mentre con una mano facciamo pressione sufficientemente forte per immobilizzare la metà corrispondente del foglio, tiriamo vigorosamente con l'altra mano sulla metà omonima del foglio, e questo si rompe o si divide lungo la linea di piegatura. Intesa così la cosa, si comprende pure di leggieri come le scosse impresse all' utero

dagli sbalzi di mal connesso, e peggio sospeso veicolo di trasporto della donna in soprapparto possan produrre l'accidente che forse il travaglio solo per sè stesso non avrebbe portato. — Ed in vero supponiamo che la donna venga trasferita quando il travaglio, durando da qualche tempo, ha impegnato in parte, e fortemente fissa la testa del feto nell' ingresso pelvico; se durante il viaggio l'utero viene scosso con violenza, sbalzato a destra, risospinto a sinistra, nulla di più facile che, sorpreso da una di siffatte scosse durante la contrazione, venga smagliato, squarciato in parte, o anche completamente staccato dalla inserzione vaginale sopra la linea di compressione fatta dalla testa contro il margine pelvico (1). — Gli è così certamente che la catastrofe avveniva nella donna portante il N. 119, e la cui istoria franca la spesa di riferire brevemente.

« Contadina di 36 anni avente un abito lievemente rachitico, costituzione mediocre, salute abitualmente buona, e gravida per la quinta volta ed a termine: le quattro prime gestazioni giunte tutte a termine furono seguite da parti laboriosi, ma spontanei; bambini vivi e tutti da lei allattati. — Al momento dell' ammissione nell'Ospizio (3 giugno, ore 5, 10 pom.) si constata quanto segue:

Fisionomia abbattuta, polso piccolo (132), Resp. 24 T. 37 ½. Il travaglio esordiva le sera antecedente; alle 2 ant. del 3 giugno si rompono spontaneamente le membrane, e qualche ora più tardi è visitata dal medico; questo constata procidente il funicolo, inerte l'utero, e mal conformata la pelvi, e prevedendo difficoltà di qualche momento nel meccanismo del parto, dispone perchè la donna venga tradotta all'Ospizio con vettura nella quale *seduta* compie il viaggio di circa 25 chilometri; durante il tra-

(1) Se la testa, per la molta stenosi pelvica è affatto mobile sullo stretto superiore, la lesione descritta è quasi impossibile, opponendosi condizioni meccaniche ben differenti.

gitto la donna riferisce che le contrazioni uterine si sospendono completamente. L'esame locale ci rivela un bacino irregolarmente triangolare, rachitico, e dalla C. V. di 82 mm. — l'utero ha forma ovale allungata con marcatissima depressione in corrispondenza dell'angolo superiore sinistro; in questa depressione si nota la presenza di un' ansa intestinale, e dietro di esse le parti piccole del feto, che però *non sembrano* a nudo nel cavo addominale. L'angolo interno della depressione incomincia due dita trasverse sotto il bellico, e alquanto a sinistra; la divaricazione di quest'angolo volge in alto ed a sinistra e si estende per 6 centimetri in senso verticale, e 12 in senso trasversale. Pare adunque che quivi esista una larga breccia uterina. Il volume del feto lo dice a termine, la sua testa lievemente mobile sullo stretto superiore, si trova con l'occipite a sinistra, il cordone prolabente non pulsa, ed è flaccido; al momento di mettere la donna sul letto del parto cola dalla vagiva un po' di sangue *fluido color piceo.* Si fa diagnosi di vasta rottura dell' utero, e riconfortata la donna il meglio possibile, e verso le 5 $^1/_2$ pom. ci accingiamo a liberarla mediante la cefaiotrissia: si mette in opera il forcipe Lollini la cui azione viene molto contrastata dalla più che notevole ossificazione del cranio fetale; finalmente al 3.° tentativo, fatta solida presa, si estrae un maschio pesante 3500 grammi senza cervello e che non offre ancora traccie di putrefazione; secondamento naturale. Venuta la placenta si porta la mano verso il fornice vaginale, e si constata vasto distacco dell'utero, e la mano penetra con tutta facilità nel cavo addominale; si comprende allora come il feto dovesse trovarsi con tutto il tronco, meno gli arti inferiori, nella cavità dell'addome; il ritiro della mano non è seguito, fortunatamente, dalla discesa di anse intestinali ».

Prescindendo dallo stato locale, quello generale non ci lasciava speranza per la donna, e questa soccombeva la dimane, 24 ore giuste dopo liberata. Eccole, adunque, Egregio amico, una pluripara (5 p.) non molto robusta, dalla pelvi viziata di 1.° grado

(82 m.) che messa seduta in una cattiva carrozza vi compie un viaggio di 25 chilometri durante il periodo espulsivo e con feto voluminoso; essa partiva con la piena integrità del suo corpo; a metà viaggio constata la completa sospensione del travaglio, e giunge all'Ospizio con uno squarcio dell' utero che lascia passare buona parte del feto nel cavo addominale: ella può in questo caso constatare la presenza di tutti i più attivi momenti etiologici delle rotture dette *spontanee* dell' utero, in soprapparto, quali pluriparità, viziatura pelvica di 1.° grado, feto voluminoso, testa molto ossificata, energia di contrazioni, trasporto incomodo, lungo e faticoso.

Non passa quasi anno che non ci porti il suo tributo di rotture uterine dovute al descritto meccanismo, e non è questa la prima volta ch'io invoco l'attenzione sopra questi lamentevoli casi; e sarei ben lieto, Egregio amico, che anche per mezzo suo fosse attratta l'attenzione dei medici, che trovandosi nella cerchia dove si estende il benefizio della nostra Maternità, non possono sempre sottrarsi alle occasioni d' inviarci qualche partoriente; se prima di deciderne il trasporto rivolgessero il pensiero al meccanismo delle rotture, quale venni esponendo, scemerebbero senza dubbio di qualche unità annuale la cifra che rappresenta la mortalità della Clinica nostra.

Le altre due rotture uterine da noi osservate furono traumatiche, prodotte cioè da tentativi strumentali e maneggi preceduti il ricovero delle partorienti: mi consenta, Stimatissimo collega, che narri qui pure brevemente la istoria *di uno* dei due casi; curerò di compensarla della noja con la importanza delle deduzioni che legittimamente ne trarremo.

« Filatrice da seta, di 23 anni, di statura media, di abito regolare, di buona costituzione, è condotta in Clinica il 7 settembre alle ore 9 ant. Risponde al N. 208 del registro 1878: è secondipara ed in travaglio da due dì; la prima gravidanza terminò con aborto spontaneo di tre mesi. Al momento dell'ammissione la tro-

viamo prostrata, con fisionomia abbattuta, e i tratti del viso molto alterati. — T. 39°; polso filiforme, 120; — si sospetta una rottura interna. L' utero si mostra elevato e più espanso nel senso trasversale, il feto è piccolo e le sue dimensioni concordano con l'affermazione della donna, che la gravidanza non tocca la fine del settimo mese. Le acque sono colate da 22 ore, e forse dopo la morte del feto, giudicando dalla forte putrefazione trovata in questo. — L' ovoide cefalico si sente nella fossa iliaca sinistra, l'ovoide podalico è a destra e alquanto più elevato. La vagina e il pudendo esterno mostrano forte contusione ed edema, con alcuni punti gangrenosi; dall' utero di quando in quando sprigionansi *gas fetentissimi* e sangue nerastro diffluente; nel campo dell' orificio uterino si avverte il moncone della spalla destra (dorso in avanti) irregolare e frastagliato per la strappatura del braccio avvenuta a domicilio in seguito a traimenti e ripetuti tentativi di liberazione fatti da *quattro medici!!;* fu pure amministrata la segale cornuta: tutto ciò accadde il giorno 6, e verso la mezzanotte la donna era fatta tradurre all'Ospizio dove giungeva, come dissi, alle 9 antimeridiane del dì 7 settembre; strada percorsa chilometri 30!

« Appena giunta la poveretta viene confortata con un po' di vino Marsala e messa in un bagno tepido durato 20'. — Collocata quindi sul letto del parto si procede a un nuovo esame con tutta la mano destra portata sullo S. S. per rilevare bene lo stato delle cose, e trovato lieve ostacolo alla corsa di essa per entro la camera uterina, si fa il rivolgimento con notevole facilità del tempo della evoluzione per la cedevolezza delle pareti uterine *ch'erano squarciate.* Al feto estratto del peso di 1100 grammi, senza il braccio destro e in istato di avanzatissima putrefazione, tiene dietro la placentae l'uscita contemporanea di *notevole copia di gas fetentissimi;* ci vollero più ore di ventilazione per dissipare il fetore che aveva invaso la sala de' parti e gli anditi vicini. Si pratica tosto un'abbondante irrigazione fenicata nel cavo

uterino, si cauterizzano gli organi genitali contusi e i punti presi da gangrena, si applica una vescica di ghiaccio e si prescrivono pillole d'oppio; tutto ciò porta un po' di calma per qualche ora; nella notte compare il singhiozzo, e si completa il quadro della peritonite generale, da cui la donna è spenta 25 ore dopo liberata. La necroscopia fatta 24 ore più tardi ci rivela putrefazione avanzatissima del cadavere, ventre straordinariamente tumido per gas fetentissimo cui dà esito il taglio; poco versamento sanguigno torbido nel cavo peritoneale; *ampio squarcio* al fondo dell'utero a destra con margini frastagliati; a sinistra, e pure al fondo uno squarcio circolare più piccolo (4 centimetri circa); nessuna lesione al collo, erosione superficiale sulla parete posteriore della vagina.

« Poteva questo fatto avere una fine men triste? Indubbiamente, io rispondo, purchè i medici avessero pensato un momento alla evoluzione spontanea e tenuto conto della *prematuranza* e piccolezza del feto.

« In tale supposto non avrebbero *tanto* lavorato per ottenere il feto, *se vivo*, con il rivolgimento, poichè tanto prematuro non avrebbe sopportato impunemente la estrazione violenta; se poi il feto era morto, si sarebbero tosto acconciati tranquillamente ad aspettare la evoluzione spontanea, che, secondo noi, non poteva mancare, grazie alla buona conformazione della donna e la piccolezza del feto, e si poteva favorire con la segale cornuta; se la evoluzione faceva difetto, avrebbero praticato la embriotomia, o alla men peggio, fatta tradurre la donna in condizioni non disperate, e quando la rottura dell' utero rendeva *impossibile* il parto spontaneo. Questa è la condotta che, a' miei occhi almeno, si presenta come più saggia e umanitaria. Gli è un fatto questo venuto più presto di quanto m' aspettava per dimostrare la verità di alcuni principî da me posti in una Memoria sulla evoluzione spontanea e che a taluni parvero troppo arditi, quasi rivoluzionarî. Io diceva nella citata Memoria che far *della presen-*

tazione della spalla, senza distinzione di circostanze, indicazione assoluta e costante del rivolgimento, chiamare questa operazione *il trattamento specifico* della presentazione della spalla è un *errore* possibilmente funesto, e lo dimostra il fatto narrato; da esso appare evidente che l'animo de' medici chiamati a soccorrere la donna, era signoreggiato dalla convinzione « che tutto si debba » tentare per ottenere il rivolgimento, insegnando le autorità » ostetriche che sulla evoluzione spontanea non hassi a contare » mai, e che l'embriotomia è da serbarsi in ultimo, quasi come » rimedio peggior del male ».

Questa convinzione, io scrissi ancora, è frutto di precetti assoluti e troppo uniformi, e quella e questi han la loro parte di colpa nei disastri cui non di rado occorre di deplorare ne' casi di presentazione della spalla a' quali l'arte mette mano. — Dire con Pinard se la versione non è fatta, la madre ed il feto, *salvo condizioni affatto eccezionali,* sono condannati a sicura morte, non è soltanto mettere innanzi una frase sonora, ma vuota, gli è piuttosto porre un assioma pericoloso che ha contro sè la teorica e la clinica, il ragionamento ed i fatti. — Se la versione non è fatta in tempo, il feto è *quasi* certamente condannato, sia pure; ma per la donna il principio non regge; la decollazione, e il complemento strumentale della evoluzione che sono gli atti ai quali si ricorre con più frequenza, quando la versione non è più indicata, o è impossibile, affermo che sono operazioni assai più innocenti che il rivolgimento fatto dopo colate le acque, con utero retratto, e spalla fissa o impegnata... tanto innocenti da spingermi a porre il principio che nella presentazione del tronco se il feto è morto, e il rivolgimento non è previsto facilissimo, questo non si dovrebbe fare: non è dunque il rivolgimento niente affatto il *trattamento* specifico della presentazione della spalla!

E le mie non sono vuote parole manifestanti il desiderio di parer strano e paradossale! Ecco molti fatti. — Nell'anno 1878 si

ebbero in Clinica N. 12 presentazioni del tronco (un po' più di 1 su 30)! — *tre volte* soltanto fu fatta la versione, in due semplici, e in una preceduta dall'eviscerazione e della brachiotomia; di queste due soccombettero, una per rottura d'utero, e venne narrata or ora la storia, e l'altra di peritonite; in essa l'operazione era stata difficile molto per il volume del feto pesante 4220 grammi; nelle altre 8 l'ostacolo fu girato, oppure tolto in altro modo; dalle 8 donne liberate senza rivolgimento 2 *soltanto* soccombevano, e sono la ricoverata N. 190 che portava una estesa degenerazione fibrosa del segmento inferiore e collo uterino insieme a stenosi pelvica di 2.° grado (C. V. 70 mm.) e stenosi della vagina per cicatrici, costituendo così uno dei casi più serî di distocia meccanica materna, e la ricoverata N. 126 che, sgravatasi con l'evoluzione spontanea, moriva d'infezione acuta, causa prima della piccola epidemia del mese di giugno.

Ecco del resto il prospetto delle 12 presentazioni di spalla:

N. 77 — 9 aprile — Evoluzione spontanea — Guarita.

» 87 — 1 maggio — Rivolgimento — Guarita.

» 126 — 9 giugno — Evoluzione spontanea — Feto putrefatto — Infezione acuta autoctona, e principio di piccola epidemia che nel mese di giugno fa 5 vittime! — Morta.

» 175 — 4 agosto — Rivolgimento laboriosissimo per volume del feto — Morta.

» 196 — 19 agosto — Eviscerazione — Evoluzione forzata — Guarita.

» 197 — 5 settembre — Decollazione — Guarita.

» 190 — 18 settembre — Eviscerazione ed evoluzione forzata — Morta. — (V'eran briglie di cicatrici nella vagina, e degenerazione fibrosa del collo e segmento inferiore dell'utero).

» 208 — Rivolgimento — Morta. — (Tentativi precedenti avevan rotto l'utero in due punti al fondo).

N. 204 — Complemento della evoluzione con l'uncino acuto — Guarita.

» 230 — Complemento della evoluzione con l'uncino acuto — Guarita.

» 250 — Osteomalacia — Amputazione cesarea dell'utero — Guarita.

» 300 — Eviscerazione — Evoluzione forzata — Craniotomia su testa ultima — Guarita.

Totale N. 12 — Guarite 8 — Morte 4 — In seguito a rivolgimento laborioso 1 — Per rottura dell'utero 1 — D'infezione acuta autoctona, e dopo l'evoluzione spontanea 1 — Dopo l'embriotomia 1 (su 6).

L'abile chirurgo dell'Ospedale civile di Casale, il mio amico Dott. F. Valerani, facendo sulla *Gazzetta delle Cliniche* di Torino una breve analisi critica del mio lavoro *sulla evoluzione spontanea* emetteva qualche dubbio sull'accoglienza che gli ostetrici avrebbero fatto alle idee ch'io esprimeva nel detto lavoro; i fatti quivi accennati ribadiscono in me la convinzione della bontà della mia causa, e mi vi riafferma il lavoro che sta pubblicando di questi giorni l'assistente della Clinica ostetrica di Torino, G. Inverardi, e dove l'operoso collega con la scorta di molti fatti svolge la critica delle indicazioni al rivolgimento: non v'ha dubbio che l'Inverardi esprima le convinzioni del suo maestro, il Prof. Tibone, ed ecco che posso dire così al collega Valerani di aver già trovato tra gli autorevoli ostetrici d'Italia chi fa buon viso a' miei principî: credo pertanto franchi la spesa di riferire qui, anche a costo di parer noioso, le conclusioni del mio lavoro nelle quali si contengono i detti principî:

1.° È legge generale che riconosciuta la presenza della spalla in donna in soprapparto, *e oltre la metà del 7.° mese*, si debba procedere alla versione.

2.° Riconosciuto che mancano le condizioni necessarie all'atto

operativo, questo, in tesi generale è controindicato. — *È controindicazione assoluta e permanente* l'impegno profondo della spalla e *a fortiori* il confronto di essa con l'arco del pube, indizio che è già compiuto il 2.° tempo della evoluzione spontanea.

3.° L'evoluzione spontanea è fenomeno più frequente, meno difficile, e meno pericoloso di quanto ammettono gli autori, perchè non sono rare le condizioni favorevoli, quali bacino ben conformato, pluriparità, *feto non a termine*, o se a termine, *non molto sviluppato* e contrazioni espulsive energiche e protratte.

4.° Ammessa una controindicazione assoluta e permanente alla versione quando si presenta la spalla, si deve aspettare se il feto è vivo, contando sulla evoluzione spontanea che si cercherà di aiutare con i mezzi che non offendono il feto; se questo è morto si deve con tutta sollecitudine ricorrere a un atto operativo embriotomico.

Nè qui finisce l'interesse del fatto in discorso: il parto di questa donna coi gas mefitici che venuti dall'utero si sparsero abbondanti nell'atmosfera dell'Ospizio fu l'esordio di una epidemia, che, sebbene per fortuna di corta durata, fu abbastanza seria e micidiale per costare la vita a 7 donne che si sgravarono dal 6 al 20 settembre! — A due di queste poverette s'era fatto il parto prematuro lo stesso giorno in cui veniva ricoverata la donna dell'utero rotto e col feto putrefatto; ambedue furono colpite dall'infezione *nelle prime ore del travaglio*, e la materia infettiva entrata in circolo fu sì rapidamente copiosa da ucciderle 24 ore soltanto dopo il parto!! — Questo fatto non ci autorizzerebbe forse ad ammettere che non dalle vie genitali, ma piuttosto per la via dell'apparato respiratorio la materia infeziosa si sia precipitata in copia nell'organismo delle due operate? — Confesso, Egregio amico, che queste 2 morti, e la rapidità dell'accidente, e la poca probabilità che la siringa elastica, la quale servì a provocare il parto, abbia prodotto soluzioni di continuo sufficienti per dar ragione di un abbondante assorbimento per

esse, confesso dico, che i due casi accennati mi lasciano peritoso sulla impossibilità da molti sostenuta, dell'infezione eteroctona mediante l'apparato respiratorio (1).

Checchè ne sia di quest'argomento, il luttuoso fatto dimostra una volta ancora che in ostetricia specialmente, gli errori e le disgrazie, si presentaao sempre in numero plurale, siccome vuole il proverbio russo: il primo errore di aver voluto eseguire un rivolgimento non indicato portò quell'altro di rompere l'utero in più punti, donde la disgrazia d'aver procurato la quasi inevitabile morte della donna; e l'errore di averci inviato di sì lontano una donna moribonda per il grave trauma uterino, e portante con lesioni gangrenose a' genitali un feto putrefatto nell'utero, produsse la luttuosissima sequela di una epidemìa che in meno di 14 giorni spegneva *sette* donne robuste, sane, sul fiore degli anni!

E non basta! Fatti consimili potendo ripetersi da un giorno all'altro, l'amministrazione dell'Ospizio aveva il dovere di premunirsi contro l'infezione eteroctona di questa natura, e la S. V., facendo buon viso alle mie proposte, vi provvedeva con quello zelo e quella sollecitudine che da lunga mano siamo abituati ad ammirare in Lei...; ma questo dovere, queste precauzioni, questa sollecitudine costano denari e di molti, ed ecco che un errore clinico viene a tramutarsi ancora in un aggravio ai contribuenti provinciali! Triste concatenazione degli umani eventi!

---

(1) Coze e Feltz hanno provato che i bacteri attraversano i filtri e gli apparati dialisatori. Questi fatti poi, nonchè il numero delle presentazioni viziose con le gravi operazioni richieste, raccomando all'attenzione degli avversari delle Maternità: la mortalità vi sarebbe assai più lieve se non dovessero servire ad un tempo di ricovero a donne gestanti e partorienti e di *in pace* per certi errori pratici e per la massima parte dei casi più gravi e pericolosi. Talvolta l'infezione dalle Maternità si diffonde all'esterno, è vero; ma la mia esperienza mi prova che non di rado l'infezione viene dal di fuori... e così anche dal di fuori l'immeritato discredito degli Ospizî di Maternità.

Fra le lesioni di continuità che il parto artificiale o spontaneo può produrre nel canale percorso dal feto, quelle dell' utero, penetranti nell'addome, sono incontestabilmente le più gravi, poichè la morte n' è *quasi* l'esito naturale, necessario; su 18 casi da me osservati ne vidi guarire 2 soltanto! Con la gravità della prognosi poi concorre a rattristarci la povertà, per non dire impotenza, dei mezzi che il pratico suole apporre al terribile accidente; era pertanto naturale che noi (1) ci domandassimo, come *nel settembre dell' anno scorso* (2) e dopo i sempre più numerosi successi dell'amputazione cesarea dell' utero, ci domandammo se l'ostetricia non poteva proprio, nè sapeva trovar qualche cosa di meglio, di chirurgicamente più efficace che l' accidiosa, inutile, micidiale aspettazione; ci domandammo insomma se le ormai innumerevoli prove di somma tolleranza date dal peritoneo nella ovariotomia, nella isterotomia comune, od in quella cesarea, non autorizzerebbero l'ostetrico, che si trova di fronte a una rottura di utero, a penetrare arditamente nel cavo peritonale, rimuovere accuratamente il sangue versato, fare una diligente pulitura peritoneale, per suturare quindi la crepatura uterina o amputare l'organo dopo estratto il feto, se questo vi si trovasse tuttora, fosse vivo, e si fosse giudicato impossibile, o troppo per lui pericoloso estrarlo dalle vie genitali e la sede della rottura lo permettesse. Alla domanda tenner dietro naturalmente discussioni e considerazioni varie, ma fin dal giorno dell'ultima rottura uterina da noi osservata (7 *settembre* 1878) si accolse la conclusione che il tentativo doveva farsi, ed io prendo qui solenne impegno di farlo con la coscienza di non aggravare, nel caso concreto, lo stato della donna, nè far ingiuria ai più rigorosi principî scientifico-clinici.

---

(1) Dico *noi* per comprendere chi scrive, gli Assistenti della scuola e qualche Medico che suole frequentare l'Ospizio.

(2) Sottolineo questa data con preghiera a chi legge di prenderne nota.

Un dubbio, però, debbo confessarlo mi rimane tuttora, ed è, se quando la rottura si constata dopo liberata la donna, oppure fu possibile fare l'estrazione del feto per le vie genitali, convenga meglio fare l'esportazione dell'utero squarciato, oppure, tenendo in conto il fatto che molte donne colpite dal grave accidente sono ben conformate, o lievemente ristrette, non convenga meglio tentare la conservazione dell'organo suturando con il catgut asettico i margini della crepatura prodottasi spontanea, o per trauma operativo — ma questo dubbio non vulnera il principio, che credo razionale ed umanitario, che si debba tentare una cura chirurgica delle rotture puerperali dell'utero; i casi speciali risolveranno il dubbio meglio assai di quanto non sappian fare le discussioni aprioristiche. Gli è una riserva che credo scientifica, poichè il Dott. Federico Alessandrini, nella sua Memoria pubblicata dagli *Annali universali di medicina e chirurgia* (fasc. di giugno) col titolo: *Proposta di operazione cesarea o di amputazione utero-ovarica nei casi di rottura spontanea o traumatica dell'utero durante il soprapparto*, propone francamente l'amputazione, ma nel caso soltanto che non si possa, o sia troppo pericoloso, estrarre il feto dalla via naturale; in allora, come dissi, neppur io esiterei a fare l'esportazione dell'organo, nel quale potrebbe ancora essere eventualmente necessaria una spaccatura per l'estrazione del feto; *donde* una indicazione di più a rimovere l'organo leso (1).

E qui, Egregio amico, dovrei porre il *finis* a questa che parmi già soverchiamente lunga sequela di lettere; per altro è mio de-

---

(1) Da quando io scriveva queste parole a oggi 8 aprile, son venuto a cognizione di 4 casi di rotture puerperali d'utero curate chirurgicamente: un caso è di Black, chirurgo americano, e tre appartengono a Schröder di Berlino: questi chirurghi non sacrificarono l'organo, ma fatta la resezione o regolarizzazione dei margini, praticarono la sutura della breccia; le donne morirono tutte (*4 aprile* 1880). — Il Dottor Harris di Filadelfia (America) mi annuncia imminente l'invio di una sua Memoria dove sono riferiti gli esiti di 39 *gastrotomie!* dopo la rottura dell'utero fatte in America (*4 giugno* 1880).

siderio di chiuderla con uno studio sulla igiene delle maternità pigliando nell' Ospizio nostro, e in tutto quanto, con il prezioso e necessario concorso di Lei, s'è fatto per migliorarlo, gli elementi della discussione; questa, lo prevedo, mi porterà a conclusioni che sono in antitesi a quelle accolte, *credo precipitosamente*, ne' più recenti congressi medici e d'igienisti. Pertanto la prego di cercare nella riserva della pazienza; forse ve ne troverà in copia sufficiente ancora per farle tollerare in mia compagnia quel po' di cammino al quale la invito: le fo promessa formale che il tratto non sarà lungo.

Maggio e Luglio 1879.

Lettera 6.ª

La igiene delle Maternità, questione sempre viva — Due partiti in cui si dividono gli igienisti — Conservatori e progressisti — Gruppi e sottogruppi — Congressi medici e loro inanità — *Statu quo* degli Ospizî dopo l'ultimo Congresso d'Igiene a Bruxelles — Grandi e piccole Maternità — Queste meno igieniche di quelle — Come e perchè — Profilassi comune e profilassi speciale (Listeriana) — Pratiche di questa profilassi, e sperabili effetti — Finis.

Stimatissimo Collega, Egregio Amico:

La grossa questione delle Maternità e della relativa igiene si serba in oggi quasi tanto viva quanto era l'indomani della comparsa del famoso libro di Le Fort « *Des Maternités* », e questo è, sebbene in taluni paesi la detta questione sia entrata nella fase di una soluzione pratica.

Il libro del Le Fort, è bene ammetterlo, fu per la quasi universalità dei medici, degli igienisti e degli amministratori una vera rivelazione: esso metteva in pubblico una piaga, *la forte mortalità degli Ospizî in generale*, piaga tenuta fin allora in un

secreto più o meno impenetrato come tutto quanto si attiene agli Ospizî di Maternità. L'accurata e personale rassegna delle più importanti Maternità fatte dal Le Fort e per un lungo periodo (62) di anni, gli permetteva di stabilire con una copia di cifre troppo forte, perchè *là per là si potessero* impugnare che negli Ospizî di Maternità la cifra minima della mortalità consecutiva a un atto funzionale com'è il parto è di 3.75 % con oscillazioni frequentissimamente superiori, molto raramente inferiori; e che fuori degli Ospizî, nelle città e ne' villaggi, nella cosidetta *clientela* privata, la mortalità per lo stesso numero di puerpere o di parti è inferiore all'uno, anzi precisamente0, 47 %!

È naturale che si gigantesca differenza gettasse dovunque l'allarme e portasse sugli Ospizî di Maternità, per una reazione in certa guisa voluta dalla natura umana, un cumulo di discredito superiore forse al demerito, come la fiducia era stata fin allora forse superiore al merito.

Allo stupore, che fu di breve durata, tenner dietro, come doveva, discussioni animatissime nè ancora chiuse, almeno per l'Italia nostra: la repubblica degli ostetrici, degli igienisti e degli amministratori si divise in due partiti: de' *conservatori* l'uno, e l'altro de' *riformatori* o *progressisti;* ciascun partito poi si divise ancora in gruppi... precisamente come un certo Parlamento ch'ella ed io conosciamo davvicino. Il partito conservatore comprende due gruppi, uno che vuole lo *statu quo,* ed è un gruppo pochissimo numeroso; l'altro che, pur mantenendo gli Istituti esistenti quali si trovano nel loro organismo, ammette che si debba modificare, aggiungere, migliorare con ponderazione, ricordando sempre il *festina-lente,* ma senza nulla distruggere.

Il partito de' riformatori alla sua volta può dividersi pure in due gruppi, l'uno de' *progressisti* propriamente detti, e l'altro de' *radicali;* il gruppo de' progressisti poi si compone di due sottogruppi; in uno stanno quelli che nulla vogliono distruggere, ma tutto modificare con decisione, con prontezza, con energia se-

condo i dettami della moderna igiene; nell'altro sottogruppo invece sono quelli che vogliono chiuse, distrutte, abolite insomma, le grandi Maternità per sostituirvi le piccole; infine il gruppo de' radicali si compone di coloro che propugnano l'abolizione totale, assoluta degli Ospizî per sostituirvi l'assistenza a domicilio.

Credo farebbe opera, se non utile, curiosa di molto colui che studiasse la patria, la posizione sociale, gli studî fatti, le aderenze, la educazione, le convinzioni filosofico-religiose degli uomini più eminenti che si trovano *ne' due partili* e ne' relativi gruppi; dico farebbe *opera curiosa, ma poco utile*, perchè mi trovo convinto che non il solo interesse della umanità move cotesti gruppi d'uomini, siccome quelli che sono assai complessi, comprendendo amministratori laici e clericali, rappresentanti di governi, di provincie, di comuni, medici e ostetrici, avvocati (dove non entrano avvocati? Di che non sono essi competenti?) e ingegneri colla necessaria coda de' loro aderenti!

Non io tenterò questo studio; ma tanto e tanto voglio dire che il gruppo riformatore *radicale*, pare si recluti quasi esclusivamente nel mondo latino, laddove il gruppo *semplicemente, veramente progressista* conta i suoi più autorevoli e numerosi adepti nel mondo anglo-sassone e slavo: si appaleserebbe così anche in questa, come in tante altre questioni l'indole particolare delle razze; i latini, scorto l'ideale, vi si fissano, tendono ad esso senza più badare ai lati, senza pur domandarsi se tentano il possibile; gli anglo-sassoni al contrario, senza rinnegare l'ideale o ciò che vien creduto tale, badano specialmente al possibile, contentandosi di andare non di corsa, ma con lentissimo passo verso l'ideale; sembra insomma che i primi dicano: « L'ottimo o niente »; e i secondi, ricordando che il meglio è nemico del bene, dicono invece: « Meglio il buono che il mediocre, ma meglio il mediocre che nulla!! »

L'occasione, e il luogo più solenne dove i varî partiti pubblicamente si affermarono, furono i Congressi medici di Bruxelles

(1875-1876). Colà, mentre il Laussedat chiamava le Maternità « *anticamere della morte* », Le Fort rinnovava la sua condanna capitale degli Ospizî proponendo le conclusioni seguenti:

« 1.° Le Maternità come qualunque siasi altro servizio speciale per i parti *sono condannate* dalla esperienza.

» 2.° Esse debbono venir sostituite dall'assistenza a domicilio e per le donne senz'asilo a domicilio delle levatrici.

» 3.° Quanto all'insegnamento le policliniche possono tenere luogo delle Maternità ». — Queste conclusioni radicali Borlée, Gallard, Laussedat, tra gli altri, appoggiarono; stettervi contro Pasquali di Roma, Crocq di Bruxelles e Kourad d'Ungheria, e Hubert relatore, sostenendo la convenienza delle piccole Maternità; Hyernaux pare sia stato il solo a difendere le Maternità quali sono.

La discussione aveva termine con l'adozione, da parte del Congresso, delle proposizioni che seguono:

1.° urgenza di una riforma radicale nel sistema di assistenza delle partorienti;

2.° abbandono completo delle grandi Maternità;

3.° sostituzione di piccole case a camere separate;

4.° creazione di una casa di ricambio in prossimità di ciascuna Maternità, con amministrazione completamente separata;

5.° estendere quant'è possibile i soccorsi a domicilio;

6.° adottare il sistema de' parti a domicilio delle levatrici a spese e sotto la sorveglianza dell'amministrazione, sistema che restringe il numero de' parti nelle Maternità, e diminuisce la mortalità; questa misura desiderabile in tempo normale, è assolutamente indispensabile in tempo di epidemia. Queste proposizioni che sembrano savie, ponderate, praticissime, che trassero all'entusiasmo alcuni giovani ostetrici, e assistenti in certe Cliniche ostetriche ed Ospizî di Maternità; queste proposizioni dico, quale sorte si ebbero? Quale influenza esercitarono sulla soluzione pratica data alla questione *là dove una soluzione purchessia fu tentata?*

Egregio amico: non fui mai ad alcun Congresso medico e non mi vergogno di proclamarlo; gli è che non ho mai *fortemente* creduto che i Congressi potessero raggiungere lo scopo per cui si tengono: basterebbe a provarlo il destino incontrato dalle proposizioni votate nel Congresso di Bruxelles. Difatti le grandi Maternità condannate nella proposizione 2.ª non solo non furono abbandonate, ma dove si poteva e si può, *se ne costruirono e costruiscono delle grandi;* nessuna riforma *radicale* nel sistema di assistenza delle partorienti venne finora, ch'io mi sappia, in alcun luogo attuata; i piccoli asili sparsi qua e là secondo i bisogni nelle città popolose non fecero una prova che si possa chiamare ottima là dove furono istituiti, come a Pietroburgo. Quanto alle proposizioni 5.ª e 6.ª tutto ciò che vi si trova raccomandato, talune amministrazioni nosocomiali, quella di Parigi ad es., praticavano già prima che i medici convenuti a Bruxelles proclamassero i loro voti; adunque il risultamento del Congresso fu assolutamente nullo. — Gli è che nel frattempo, prima e poi del Congresso, uomini competentissimi, posti in condizioni più favorevoli che Le Fort, come Duncan e Barnes, Atthill e Jones, e Vinckel, ed Hecker, e Richter e Greene, Fehling e Faye, ecc., rifecero con assai maggior rigore le investigazioni, stabilirono anch'essi confronti tra Maternità e assistenza a domicilio dopo che la meglio conosciuta natura delle cause de' morbi puerperali aveva portato modificazioni nella igiene degli Ospizî, e specialmente l'adozione della profilassi antisettica, e trovarono che:

1.° La mortalità puerperale fuori degli Ospizî non è 0,47 % come asseriva Le Fort, ma 1 %;

2.° Che nelle grandi Maternità (Mosca, Vienna, Dresda, Monaco, Praga, Berlino, ecc.) da qualche anno la mortalità va molto avvicinandosi a quella esterna oscillando tra 2 e 1,10 %.

Lo prova il seguente prospettino:

Anno 1877.

JONES. — Maternità di Cork.
Parti 1611
Donne morte 14

GREENE. — Pratica privata.
Parti 1500
Donne morte 12

1877.

HECKER. — Monaco, Maternità.
Parti 1068
Mortalità . . . . . 1,5 %

FAYE. — Maternità di Copenaghen.
Parti 2215
Mortalità puerperale . . . . . 0,87 %

RICHTER. — Berliner Charite.
N. de' parti 832
Mortalità . . . . . 1,9 %

FEHLING. — Stuttgart, Scuola per le levatrici.
Parti 394
Mortalità . . . . . 1 %

3.° Infine *(conclusione inaspettata)* che nelle piccole Maternità, *cœteris paribus*, la mortalità è superiore a quella offerta dalle grandi Maternità volendo chiamar tale quella che può accogliere in un anno non meno di 1000 donne.

In Italia non è Clinica veruna, nè alcuna Maternità che possa dirsi grande; orbene, da Torino a Milano, da Padova a Pavia, da

Parma a Modena, da Bologna e Roma a Napoli, non v'ha Istituto che non abbia una mortalità dal 3 all'8 % (1).

Che cosa conchiudere da ciò? Semplicemente questo, che nel rispetto della mortalità gli Ospizi non si devono distinguere in grandi e piccoli, ma in salubri e insalubri, igienici e non igienici; seguire cioè quell'istessa divisione che il buon senso c'insegna di fare, sempre nel rispetto dell'igiene, tra città e città, quartieri e quartieri, case e case, camere e camere.

Non è forse vero, Egregio amico, che domandando a un capo mastro se sia più sana una grande che una piccola casa, v'ha certezza di udirsi a rispondere che una casa fatta per mille inquilini sarà salubre quanto quella fatta per cento, se a parità di giacitura, di esposizione, e va dicendo, la casa grande sarà fatta in tutto e per tutto quale dev'essere per contenere mille inquilini? E viceversa poi la casa piccola sarà meno salubre della grande se vi si vorranno mettere cento inquilini quando non fosse fatta che per cinquanta? Gli è questo un criterio volgare, offerto dal senso comune; lo so, lo veggo; ma è giusto, e forse perciò, perchè giusto, perchè volgare, perchè porto dal senso comune i Congressi sdegnano di accoglierlo.

Ma se non v'ha ragione inconfutabile per preferire le piccole Maternità, v'hanno ragioni della massima importanza le quali vogliono che le grandi siano preferite, in quella che danno plausibile spiegazione della mortalità più alta nelle piccole: gli è nel campo didattico che si trovano coteste ragioni, vale a dire nel fatto che gli Ospizi di Maternità sono per la più parte istituti d'istruzione ostetrica; istruzione questa che le policliniche daranno sempre molto incompleta checchè se ne dica, e si sia detto in contrario nel Congresso di Bruxelles.

Nel mio rendiconto per l'anno 1876 diretto alla S. V. io scriveva:

---

(1) Recente comunicazione verbale mi assicura che nella piccola Clinica di Genova la mortalità oscilla tra 13 e 15 %!

« Un altro elemento ancora vuolsi brevemente discutere quale » possibile causa di morbilità e mortalità puerperale, intendo dire » la *istruzione pratica* delle quali le ricoverate sono la sorgente » per le numerose aspiranti levatrici che accorrono alla nostra » scuola, e per i medici praticanti che qui convengono per *col-* » *laudare* in certo modo nell'anfiteatro clinico le loro cognizioni » teoriche.

» Gli è da alcuni anni, e prima che gli scritti di Olshausen, » di Otto Spiegelberg, di Schröder e altri della militante scuola » ostetrica tedesca lo annunciassero all' Italia negli scritti che » dalla officine di traduzioni napoletana vengono divulgati tra » noi, gli è dico, da alcuni anni che francamente, a voce alta » sostengo la tesi che della morbilità e mortalità nelle Cliniche » ostetriche e negli Ospizî sede di scuole, una non indifferente » partecipazione nella etiologia debba darsi al modo e alla ne- » cessità della istruzione pratica; in tutti gli istituti clinici si » osserva con uniformità e costanza, quale si conviene soltanto » alle leggi naturali, che nel tempo delle ferie scolastiche *mor-* » *bilità* e *mortalità* toccano il punto più basso della curva che » raggiunge il suo apogeo nell' epoca corrispondente all' esordio » ed alla maggiore attività degli esercizî ed esami pratici che » sono voluti dal programma pratico degli studî ostetrici ».

In che modo l' ordinario esame ostetrico (riscontro digitale) possa accendere la prima scintilla d' un *incendio puerperale infezioso*, e, divampato l' incendio, alimentarlo e allargarne i confini, è agevol cosa il comprendere per chi non mette in dubbio la natura infeziosa della più parte dei processi puerperali. La mucosa del canal genitale, e quella del collo dell' utero in particolare, resa vascolarissima, e assai più delicata, dalla gravidanza, viene lesa con tutta facilità da una maldestra o sgarbata esplorazione digitale; ma la istruzione ostetrica non essendo possibile senza questo modo di esame delle donne in istato puerperale, nè possibile essendo per gli esordienti far un riscontro digitale che non sia

maldestro (chè l'abilità si acquista coll' esercizio) ne viene che in sull'esordio di un corso clinico le lesioni della mucosa genitale fatte dal dito sono una necessità; e questa sola circostanza basta per dar ragione del fatto costante che (senza una profilassi antisettica rigorosa) la morbilità e mortalità nelle Cliniche ostetriche si mostrano più alte proprio nel principio dell'insegnamento clinico.

Ora le dette lesioni non costituiscono forse tante porte aperte per le quali può entrare il germe o la materia infeziosa portatavi dall'aria o lasciatavi dallo stesso dito esploratore? Così stando le cose, chi non vede subito che quanto più numerose saranno le donne che dovranno dare la istruzione, tanto minori saranno le probabilità di malattie prodotte dalla esplorazione! 200 donne sono appena bastevoli per una mediocre istruzione pratica di 50 scolari: tutte adunque dovranno prestarsi, e molte ripetutamente per codesta istruzione. Scrive Tibone nel suo lavoro *Grandi e piccole Maternità:* « Se si mette a confronto il ri-
» sultamento dei due periodi (uno con molti e l' altro con pochi
» parti) in cui ho diviso il tempo compreso nella mia statistica
» ne scende a guisa di conclusione che il numero delle opera-
» zioni è in ragione inversa del numero dei parti: le morti per
» puerperismo infezioso seguono la stessa legge ».

E qualche pagina più oltre il medesimo scrive ancora: « I pro-
» cessi puerperali (nella Clinica di Torino) procedono in ragione
» inversa del numero dei parti che si mantengono da qualche
» anno in numero di soverchio ristretto ».

Queste parole, *mutatis mutandis,* convengono a tutte le Cliniche italiane, convengono al nostro Ospizio, dove, con 300 parti all'anno si ha un procento annuale di atti operativi appena un terzo meno del procento della Clinica di Vienna, dove i parti sono in media 2300 all'anno!!

Orbene, supponiamo duplicato, triplicato il numero dei parti, e allora molte donne sfuggono all'esame della scolaresca, nè più

alcuna sarà oggetto di esplorazioni ripetute; i casi o importanti, o comunque interessanti essendo più numerosi potranno permettere un'istruzione frazionata; mi spiego con un esempio: Con 200 parti potranno presentarsi suppongo 2 parti prematuri artificiali; tutta la scolaresca vi terrà dietro con attenzione, e v'ha la certezza che la grande maggioranza (40 su 50) degli studenti avrà esaminato le due donne, e molti l'avranno fatto più volte: siano questi fatti 6, 8, 10 nell'anno, e lo *strappazzo didattico* delle povere partorienti sarà necessariamente scemato, e scemata di altrettanto la probabilità della infezione.

Egregio amico: potranno esservi altre, ed anche molte, cause che possono rendere una piccola Maternità più infesta che una grande; ma sono fermamente convinto che la causa suddescritta può bastare da sola, o è la precipua se in compagnia. Dopo ciò se v'aggiungiamo le considerazioni d'ordine amministrativo, e altre molte, come la maggior importanza scientifica di un grande istituto, l'abilità maggiore, e la più estesa esperienza del personale sanitario addetto a una grande Maternità, donde il credito più forte e la maggior fiducia che ne deriva nel pubblico, possiamo conchiudere che la causa delle piccole Maternità è oramai giudicata.

Questa conclusione si affaccia tosto a cui vogliono soltanto giudicare colle cifre facendo anche delle Maternità una questione aritmetica: aggiungiamo che la rigorosa applicazione del metodo antisettico Listeriano come ha resi salubri Ospitali prima celebri per l'alta mortalità, così migliorerà le Maternità riducendone al minimo l'indice della morbilità e mortalità, e togliendo in tal modo quella qualunque importanza che per molti aveva preso la questione delle piccole e delle grandi Maternità. Del sistema propugnato dal gruppo riformatore radicale, la soppressione cioè di qualsiasi asilo che arieggi l'Ospizio per sostituirvi l'assistenza a domicilio, non dirò verbo, perchè dovrei tenermi nel campo puramente speculativo, chè i timidi e parzialissimi tentativi fatti

finora, in correlazione con il detto sistema non sono tali ancora da permetterci un giudizio.

L'Ospizio di Maternità nostro per il numero annuale dei parti va posto tra le piccole Maternità, laddove per il numero e la gravità degli atti operativi starebbe bene in compagnia dei grandi istituti ostetrici (1) con la circostanza molto aggravante che di quando in quando si presenta un anno *distinto* come quello di cui ho riferito, e che l'Ospizio è in pari tempo scuola ostetrica molto frequentata: è pertanto naturale che l'indice della morbibilità e mortalità vi sia elevato e s'aggiri attorno all'8 % con oscillazioni superiori e inferiori (12 %, 5, 4, 2 %): in quest'anno (1878) l'indice supera di una frazione l'11 %, e vedemmo che il numero cospicuo di accidenti e lesioni mortali anteriori al nostro intervento, il numero straordinario di presentazioni viziose complicate, la eccezionale gravità di molti atti operativi, e la infezione venutaci dal di fuori con una donna che portava un feto putrefatto nell'utero rotto in due punti, danno ragione della elevata mortalità sebbene da noi non si sia venuti meno alle comuni norme igieniche e al metodo antisettico Listeriano applicato con tutto quel rigore e con quella maggior precisione che la nostra non lunga esperienza consentiva (2). Oggi questa esperienza fatta maggiore ci consente rigore e precisione assai più forte, donde i buoni risultamenti ottenuti nell'anno 1879, e la speranza di ottenerne migliori nell'anno che verrà (3).

---

(1) Nella grande Clinica di Vienna diretta da C. Braun con una media annuale di 2400 parti si ha la proporzione di un atto operativo su 10 parti. A Mosca con una media annuale di 3500 parti 1 atto operativo su 7 parti. A Milano con una media annuale di 300 parti si ha 1 atto operativo su 6 parti.

(2) La profilassi antisettica col metodo Lister, venne applicata in quest'Ospizio la prima volta nel Dicembre del 1877; un po' tardi rispetto a qualche paese forestiero (Germania) ma indubitatamente prima di qualunque altra Clinica ostetrica o Maternità in Italia.

(3) Consentendolo l'epoca in cui viene stampata quest'ultima lettera, diamo un porspettino statistico dal 1.° gennajo 1880 al 4 giugno:

Ed ecco venuto il tempo di esporre la profilassi, vuoi comune, vuoi *speciale,* che da noi si pratica e che ci consente sì belle speranze.

Nel 1874 la infezione accennando a fare molte vittime, per la gravità con la quale nel mese di gennajo erano state colpite 13 puerpere, si combinò colla S. V. (veggasi *Relazione* del Dott. Romolo Griffini per gli anni 1874-1875) una serie di misure profilattiche, cui mette conto di qui riferire:

1.° Il servizio medico venne diviso tra il signor Professore, coadjuvato dal 2.° assistente, per le puerpere ammalate, e il 1.° assistente, coadiuvato da una levatrice, per le puerpere sane; divisione di servizio che implica la perfetta separazione delle prime dalle seconde, e una rigorosa divisione delle serventi addette alle due sezioni;

2.° Si destinò una camera più aereata e spaziosa per sala di lavoro, soggiorno e dormitorio parziale per le gravide, in modo che in ciascuna delle due sale non avessero a dormire più di 14 gestanti;

3.° Ventilazione naturale due volte al giorno di tutte le sale;

4.° Disinfezione e suffumigi con l'acido fenico e con l'ipoclorito di calce;

5.° Sospensione degli esercizî pratici e delle esplorazioni per parte dei medici praticanti e delle allieve levatrici;

Numero totale de' parti	147
Idem di parti artificiali	43
tra cui Rivolgimenti	3
Applicazione di forcipe	21
Embriotomie sul capo	2
Amputazione ovaro-uterina	1
Ammalate un po' seriamente	2
Morta di tubercolosi polmonare	1

6.° Massimo rigore nelle cure di nettezza delle puerpere, specialmente per ciò che riguarda la frequente rimozione dalle sale della biancheria che servì a ricevere lo scolo lochiale;

7.° Imbiancatura delle camere, rinnovazione della paglia, lavatura e battitura della lana, ecc.

8.° Ogni partoriente, prima del parto, è messa in un bagno, e durante questo viene diretta nel canal vaginale una corrente d'acqua a grande getto;

9.° Terminato il parto, il pudendo esterno, i punti contusi e lacerati, e la vagina vengono tosto lavati con acqua tepida contenente adatta quantità di alcool canforato;

10.° Sui punti contusi, o lacerati, appena offrono colorazione sospetta, si applica polvere di canfora o cotone imbevuto nel liquido jodo-tannico del Boinet, o nella glicerina fenizzata;

11.° Ogni puerpera è munita di uno speciale irrigatore, e con questo si fanno, mattina e sera, o più di frequente se occorre, irrigazioni disinfettanti vaginali, o utero vaginali.

Pel complesso di queste misure, scriveva la S. V., l' epidemia volse al suo fine precisamente col volgere del gennaio 1874. Ma queste misure sono, come io le chiamai, comuni, e se valgono a modificare una epidemia in corso, non credo abbiano molta efficacia preventiva, tanto più che talune, come la divisione del servizio tra professore e medici assistenti e la sospensione degli esercizii pratici e delle esplorazioni sono dannosissime alla istruzione ostetrica, e non potranno mai essere più che transitorie; vuolsi adunque una profilassi speciale, una profilassi che sia veramente *preventiva,* senza perdere di sua potenza, durante l'attività della infezione, e che non paralizzi l' istituto nella sua funzione didattica: la profilassi antisettica del Lister è forse quella che più si avvicina o che tocca siffatto ideale? Chirurghi e ostetrici d' ogni regione rispondono affermativamente; era perciò nostro indeclinabile dovere applicarlo, e ciò facemmo come se la S. V., che generosamente ci procurò i materiali fin dal dicem-

bre 1877. Come tutti quelli che tentarono prima di noi, come l'inventore stesso, il Lister, noi passammo per tutte quelle fasi che più o meno lunghe e numerose son pur necessarie per chiunque deve *imparare facendo e fare imparando;* in oggi però credo che il metodo antisettico sia maneggiato nella nostra clinica con soddisfacente rigore; le verrò quindi esponendo il nostro *Modus faciendi* che va diviso ne' seguenti punti o capitoli:

1.° Profilassi relativa agli esercizii diagnostici ed alle ordinarie esplorazioni digitali;

2.° Profilassi per il parto naturale;

3.° Profilassi per il parto artificiale;

4.° Profilassi nel puerperio.

5.° Profilassi riguardo alla importazione della infezione.

Per la profilassi accennata col N. 1 ecco come si procede.

La persona che deve fare la esplorazione si pulisce accuratamente le unghie, specie quella dell'indice che deve esplorare, con un nettaunghie fissato al muro in vicinanza del letto, dove la donna è messa per l'esame e per il parto; indi con una robusta spazzola fissa pure al muro e bagnata nell'acqua fenicata, viene fregata tutta la mano e l'apice delle dita; poi la manica dell'abito è rimboccata, la mano immersa ancora una volta nell'acqua fenica, poi l'indice esploratore unto con olio fenicato viene immesso nel canal genitale; finito l'esame questo canale viene lavato con abbondante getto d'acqna fenicata calda (2 %) che scende da un recipiente inalzato al soffitto della camera, con adatto congegno: queste cautele si seguono pure per le esplorazioni necessarie durante il parto, aggiungendovi la nebulizzazione fenica sull'ostio vaginale durante la intiera esplorazione e alquanto dopo: quando poi il parto si approssima verso il termine, vale a dire quando l'impegno della parte presentata sta per produrre lacerazioni nel contorno dell'orifizio uterino, e poi più giù lungo il canale, allora viene posto a 60 centimetri circa dal pudendo esterno un nebulizzatore a vapore di media gran-

dezza, il quale funziona in modo non interrotto fino a liberazione completa, e precisamente fino a che, compiuto il parto, il canal vaginale fu ancora una volta lavato con abbondante getto di acqua fenicata. — Nel parto artificiale alle cautele predette si aggiungono quelle speciali all'operatore, quali la deposizione dell'abito e del panciotto, la rimboccatura fino nel gomito, della camicia (fresca di bucato), la lavatura delle mani e degli avambracci con acqua fenicata; la untura consecutiva con olio fenicato, e la produzione di una vasta atmosfera fenicata, con l'azione di potenti nebulizzatori a vapore. Nè il puerperio, vuoi fisiologico, vuoi morboso, si sottrae a cotesta profilassi fenica, chè le lesioni del pudendo esterno e dell'ostio vaginale sono lavate due volte al giorno con la soluzione fenica 2 % polverizzata con gli ordinarii polverizzatori Lister, e le irrigazioni sì uterine che vaginali, sono fatte sempre nella nebbia fenica con cui s' involge, prima, durante e poi, i genitali esterni; pratiche speciali si seguono nel puerperio morboso, del quale non occorre quivi dir parola per non entrare nel campo della patologia.

Un cenno ancora della profilassi riguardo alla importazione, dal di fuori, della materia infettiva. Ella ricorderà, Stimatissimo collega, che nell'anno decorso (1878) e precisamente il 7 settembre, una donna proveniente da un paesetto su quel di Como, portante un feto in putrefazione avanzatissima e in utero squarciato da ripetuti tentativi di rivolgimento fatti da quattro medici a domicilio, infettava le nostre sale dando l' aire a una epidemia che, violentissima, in pochi dì (dall' 8 al 20 settembre) spegneva 7 puerpere tra le quali 2 operate di parto prematuro. Questo tristamente *patentissimo* caso di etero-infezione, mi porgeva incalzante argomento per rinnovare col mezzo della S. V. alla Onorevole Deputazione Provinciale, la domanda per l'*adattamento di un luogo conveniente* a camere o *padiglione* d' isolamento: questa domanda, vigorosamente appoggiata da lei, e pur troppo anche dai fatti, veniva favorevolmente accolta, e in pochi

giorni le camere d'isolamento erano allestite: noi ci serviamo di esse nel modo seguente: qualunque donna che domanda ricovero nell'Ospizio, se riconosciuta in travaglio abbastanza inoltrato perchè qualche soluzione di continuo, anche minima, sia di già avvenuta nel canal genitale, o che sia stata ripetutamente visitata, *a fortiori* poi se furonvi tentativi di liberazione manuale o strumentale, viene messa nella camera da parto del padiglione d'isolamento; vi è accuratamente lavata e disinfettata; se l'arte deve intervenire, si circonda con le più rigorose cautele antisettiche; terminato il parto viene collocata nella camera del puerperio pure isolata, e le si destina di servizio una levatrice e una servente che fino a puerperio finito non comunicheranno più con le persone nè con le cose del rimanente dell' Ospizio; in queste camere d' isolamento sono pure trasportate quelle donne che, ammalando in puerperio, presentano sintomi decisamente infeziosi.

Eccole, Pregiatissimo amico, le cautele profilattiche speciali cui si seguono da noi oltre quelle che costituiscono la profilassi comune: l' indice della mortalità nell'anno 1879 fu basso, quale mai non si vide; nel 1° semestre del 1880 lo stato sanitario si mantenne ottimo, non avendo a registrare che due casi di processi alquanto gravi, e un decesso solo per tubercolosi polmonare; è lecito pertanto credere che non si sia vittima di grossolana illusione quando si fanno derivare quegli ottimi effetti dalla causa che chiamasi profilassi antisettica. Se ciò è veramente, se perdurando noi nel far agire la causa otterremo sempre gli stessi effetti, se, quanto è da noi, si ripete altrove, in Italia e fuori, la S. V. vedrà tosto che la questione della Maternità viene notevolmente semplificata, e che con tutt'altro scopo e con uguale, se non maggiore verità, potrò chiudere questo scritto con le parole che servono di epigrafe al libro di Le Fort: « L'hygiène hospitalière ne se ré-
» duit pas à des questions de bâtiments à orienter ou à espacer, de
» fenêtres à ouvrir, de mètres superficiels de terrain ou de mê-

» tres cubes d'air à distribuer à chaque malade; c'est la science
» qui, par l'étude approfondie des causes qui font naître et s'éten-
» dre les maladies nosocomiales, apprend à les prévenir ou à les
» arrêter dans leur développement » (*Des Maternités*, pag. 124).

Mi continui, Egregio amico, la sua stima e benevolenza, e in quella che la ringrazio d'avermi seguito fin qui con paziente attenzione, messa da me a durissima prova, le auguro il massimo de' beni ch'è una florida e vigorosa salute, e mi ripeto suo devotissimo

1° giugno 1880.

D.° Chiara,
Prof. Direttore della R. Scuola d'Ostetricia in Milano.

RIVISTA

Nuova indicazione di aborto e di parto prematuro artificiale. — Comunicazione preventiva del prof. Porro (*Gazz. Med. Ital., Lombardia* 24 *luglio* 1880).

Il giorno 22 Giugno 1880, direttami dall'egregio dottor Giuseppe Guangiroli di Saronno, mi si presentava la signora D...., moglie ad un medico-condotto di T....

Donna poco più che ventenne, di discreta costituzione, abitualmente sana e ben mestruata; ebbe due parti a termine. È gravida da quattro mesi e mezzo circa.

La gravidanza ebbe principio, senza speciali patimenti simpatici o riflessi. A differenza delle altre volte, si da far sospettare che non si trattasse di gestazione le mammelle non si svilupparono nel primo trimestre. Solo nel principio del quarto mese cominciarono ad aumentare di volume ed essere sede di trafitture moleste e di senso di calore e di tensione. Dall'epoca del loro risveglio consensuale, il loro incremento non cessò ed in trenta giorni aumentarono in modo prodigioso, in onta ai ripetuti sanguisugi, a pomate solventi, ecc.

Attesa la gravezza e singolarità del caso, volli mostrar l'ammalata anche all'amico e distinto collega dottor Achille Antonio Turati.

Le mammelle, di forma sferica, divergenti, alquanto cascanti, colla cute chiazzata in rosso pallido, epperò poco calda e poco dolente, hanno un considerevole volume. La destra è assai più sviluppata della sinistra, misurando la prima 82 e la seconda 68 centimetri di circonferenza, alle rispettive basi. Pochi vasi si vedono serpeggiare sotto il tessuto cutaneo.

La consistenza delle mammelle è pastosa.

In nessun punto si nota fluttuazione o consistenza maggiore o maggiore sensibilità.

All'ammalata danno molestia queste mammelle, solo in ragione del loro peso, del loro volume e del senso di oppressione e tensione toracica che producono.

Si giudicò trattarsi di una ipertrofia mammaria, riguardante tutti i tessuti intrinseci ed estrinseci alla sostanza ghiandolare.

Non trovandosi opportuno alcun procedimento operatorio ed essendo l'ammalata ed il marito ripugnanti al partito di provocare l'aborto venne suggerito dal dottor Turati di applicare il freddo a permanenza sulle mammelle, onde renderle poi tolleranti di una fasciatura compressiva che valesse almeno a porre ostacolo ai progressi dell'ipertrofia. Si avvertì però l'ammalata, che non arrestandosi il male e non essendo giovevole o non tollerata la compressione, rifiutandosi come insano il partito delle scarificazioni mammarie o di iniezioni solventi parenchimatose, altro non rimaneva fare che evacuare l'utero dal contenuto, perchè, cessata l'influenza simpatica dell'utero sulla mammella, potesse questa esser più obbediente al trattamento medico o chirurgico da istituirsi.

Sgraziatamente l'ammalata non ottemperò ai saggi consigli ricevuti e lusingandosi di poter in altro modo che coll'aborto provvedere alla sua salute, lasciò scorrere un tempo discretamente lungo, senza nulla decidere.

Il giorno 16 Luglio 1880 ricorse al parere del prof. Chiara il quale pure esternò l'opinione che il solo aborto avrebbe potuto recare un sollievo allo stato minaccioso delle mammelle, che erano ancor più aumentate di volume, per quanto venne riferito.

Il prof. Chiara, che prese in cura l'ammalata, essendosi il marito dottor D.... a lui rivolto in appresso, non mancherà certamente di far conoscere le osservazioni che si riferiranno all'andamento ulteriore della malattia, una volta successo l'aborto.

Intanto è nostra intenzione di far prendere nota e data al mondo scientifico, che per grave, infrenabile ipertrofia mammaria, può e deve l'ostetrico ricorrere al parto abortivo o precoce, la cui attuazione viene quindi ad aumentarsi di questo, a nostro credere, nuovo genere di indicazione.

L'esame dell'utero gravido fu pretermesso, per non stancare e impressionare l'ammalata, che aveva dato parola di farsi rivedere. Il che era sembrato naturale e fino ad un certo punto anche doveroso, a chi aveva mostrato tanta premura ed interessamento, per ridonare salute ad un organismo assai compromesso.

La ipertrofia mammaria progressiva quale indicazione del parto provocato. — Nota bibliografica del Prof. D. Chiara a una Comunicazione preventiva del Prof. E. Porro. (*L'Osservatore Gazzetta delle Cliniche* 10 agosto 1880).

Egregio Sig. Direttore.

Nella *Comunicazione preventiva* del prof. Porro riferita dal n. 27 (24 luglio 1880) della *Gazzetta Medica Lombarda* nella *Gazzetta delle Cliniche*, n. 31, da lei diretta, lessi citato il mio nome: questa circostanza mi spinge a interloquire, ciò che non avrei fatto altrimenti, non trovando nel caso accennato dal prof. Porro l'interesse della novità come appare da quanto sto per dire. — Premetto che il consiglio (seguito dall'opera) d'interrompere la gravidanza da me dato alla signora D. — lo fu indipendentemente da quello del prof. Vanzetti da Padova, Inzani da Parma e da quello del prof. Porro e del dott. Mangiagalli da Milano. — Assente dalla città dal 21 giugno al 12 luglio, io era nel buio riguardo al caso della signora D., e un solo particolare mi si era fatto noto, quello cioè che durante la mia assenza il dott. D. era venuto per un consulto, e che non trovatomi sarebbe tornato appena saputo del mio arrivo. — Adunque nell'opera mia non ho vestito le penne di alcuno tra i colleghi nominati; ho invece messo in pratica il consiglio dato per un caso identico a quello della signora D. or fanno 23 anni (1857), dal quanto modesto altrettanto abile ostetricante, il prof. Carlo Esterle. — Difatto a pag. 153 del vol. CLXII, fasc. 484, ottobre 1857, degli *Annali universali di medicina e chirurgia,* diretti dal dott. Romolo Griffini, si legge il seguente titolo: « Storia di « straordinario accrescimento del seno e cenni generali sull'ipertrofia « delle mammelle, del dott. Carlo Esterle, prof. di ostetricia presso l'I. R. « Istituto delle Laste a Trento. » Dopo poche generalità è narrata la storia di Anna Z. di Mezzotedesco, e a pag. 155, lin. 15, si trova quanto segue: « La malattia durava da circa 3 mesi quando vidi per la prima « volta la giovine inferma. — Giaceva essa supina sul letto, quasi assi- « curatavi da due enormi masse che partivano dal petto e poggiavano « ai lati del torace, raffigurando due voluminosi sacchi. — Ambidue que-

« sti tumori avevano con poca differenza il medesimo volume. — La pe-
« riferia di ognuno misurava circa 40 pollici e il peso potevasi giudicare
« approssimativamente di 26 in 30 libbre per lato (vale a dire quasi il
« doppio di quanto per dimensioni e peso si notava nella signora D.). »
A pag. 157, linea 16, è detto: « Persistendo (alla 2ª visita) le medesime
« controindicazioni per una operazione cruenta, ed essendo urgente tut-
« tavia di mitigare le sofferenze della inferma, pensai di ricorrere alla
« morfina.... *Promisi inoltre di provocare il parto precoce* appena il feto fosse
» stato vitale, dopo il quale sarebbe nata le spontanea diminuzione delle
« mammelle. »

Infine a pag. 168, lin. 14, è scritto: « Durante la gestazione questa
« operazione (l'amputazione) sarà da proscriversi, *e si cercherà piuttosto di*
« *abbreviare il termine della gravidanza provocando in epoca opportuna il*
« *parto prematuro....* » proprio ciò che fu consigliato e fatto per la si-
gnora D. — Scrive il prof. Porro: « Intanto è nostra intenzione di far
« prendere *nota* e *data* al mondo scientifico che per grave, infrenabile
« ipertrofia mammaria può e deve l'ostetrico (1) ricorrere al parto abor-
« tivo o precoce, la cui attuazione viene quindi ad aumentarsi di questo,
« *a nostro credere,* nuovo genere di indicazione. »

Io comprendo il sentimento che dettò queste parole dove sta tutta la ragione della *comunicazione preventiva;* ma il prof. Porro che fece saviamente la sua riserva con le parole « *a nostro credere* » vorrà ora con quell'amore per la giustizia che lo distingue, ammettere con me che il mondo scientifico deve aver preso *nota* e *data* (per la nuova indicazione di parto provocato) 23 anni fa circa, e precisamente nell'ottobre dell'anno 1857, e che dando *cuique suum* spetterebbe al bravo Esterle, *di fronte a noi,* la priorità (in Italia) nell'argomento in discussione.

Da parte mia poi confesso che non sono molto tenero di queste date le quali provano la impotenza della medicina e la falsa potenza della ostetricia che raggiunge l'intento al prezzo di vite umane.

Il caso narrato dall'Esterle oltre a togliere *affatto il valore della novità* al nostro, è di questo assai più importante sott'ogni rispetto; è dunque

---

(1) Dubito assai che tutti gli ostetrici vogliano acconciarsi a questa deontologia al *potere* non corrisponde sempre il *dovere!*

quasi inutile ch' io risponda all' invito un tantiuo autoritario ch' è nelle parole: « il prof. Chiara *non mancherà certamente* di far conoscere le os- « servazioni che si riferiranno all'andamento ulteriore della malattta una « volta successo l'aborto. » — Dirò soltanto che questo promette di ottenere pienamente l'intento, essendo le mammelle della signora D. tornate oramai allo *statu quo ante*, aggiungendo per tranquillità di cui vide la donna morente per emorragia, che niun accidente occorse nè durante, nè dopo la interruzione della gravidanza, e meno d' ogni altri la emorragia, sebbene questa fosse da temersi perchè si trattava di aborto in donna cardiopatica (insufficienza mitrale); l' assistenza fu abbastanza oculata da scansare il pericolo della emorragia; contro la infezione si misero le cautele listeriene.

7 agosto 1880.

D. Chiara.

Annotazioni sull' amputazione utero-ovarica cesarea.

I. *Servizio Sanitario di Beneficenza della città di Torino.* — Nei primi di Luglio in una soffitta posta nella Sezione del Carmine operavasi la ovaro-isterotomia-cesarea su d'una partoriente rachitica, dai Dottori di servizio della Parrocchia del Carmine e San Dalmazzo, assistiti e diretti dai membri dell' ufficio d' Igiene.

Il soggetto con bacino piatto-rachitico-scoliotico in cui lo spazio destro del bacino era quasi completamente eliso e la C. V. ridotta a pochi millimetri era da 8 giorni in soppraparto. La levatrice che la assisteva estranea al servizio Municipale, aveva nei primi giorni chiamato un'ostetrico che sconoscendo l' importanza del vizio aveva tentato introdurre, prima una branca del forcipe e poi un craniotomo, ma infruttuosamente. Pare che in seguito la donna sia rimasta per qualche tempo senza assistenza. Quando i medici di Beneficenza la scovarono, la trovarono moribonda e scoperta l' importanza del vizio pelvico proposero l'amputazione utero-ovarica. Questa venne fatta col processo del Müller in gravissime condizioni materne. Fu estratto un feto macerato fetente. Sembra che come

nel caso dell'ostetrico di Berna un grave processo settico avesse già invaso l'utero. Esportatolo rapidamante, si fissò il moncone prima con due costrittori Kœberlè di media grandezza, che ritenuti però poco sicuri, e ben a ragione stante che uno dei fili si ruppe, vennero ajutati nell'azione costrittrice da un clamps del Thomas che fece buonissima prova. Dal peduncolo non uscì goccia di sangue. Le cose camminarono bene ed oggi in 19ª; giornata il moncone è caduto; l'infundibulum è quasi coperto; la sutura addominale cicatrizzata. La donna tiene ancora il letto pel fatto dell'esaurimento anteriore all'operazione. Cosa degna di nota esiste una comunicazione tra la vagina ed il moncone, in modo che injettando acqua dalla vagina questa esce all'esterno per la superficie del moncone. Febbre mite, e tutto fa credere ad una prontissima guarigione stante che la donna è in convalescenza. Un plauso di cuore alla Direzione dell'ufficio d'Igiene ed ai giovani colleghi del Servizio di Beneficenza della città di Torino che eseguendo la ovaro-isterotomia a preferenza del taglio-cesareo classico seguirono l'unica via per salvare la povera donna da certissima morte (1.) B. L.

Torino, 20 luglio 1880.

II. Nell'*Indipendente*, Gazzetta medica di Torino N. 19, 5 luglio si legge: Domenica, 13 giugno p. p., il prof. Tarnier operava la sua terza amputazione utero-ovarica dopo il taglio cesareo in donna osteomalacica.

III. Nello stesso giornale, pure del 5 luglio, si parla di un caso che venne pubblicato nel *Giornale di Scienze Mediche* di Lovanio (20 marzo a. c.) Fu operatore il Prof. Eugenio Hubert. Trattavasi di rachitica di anni 27, alta m. 1. 25, con diametro sacro-pubico ridotto a 65 mill. Nella legatura del peduncolo col costrittore di Maisonneuve il filo di ferro si ruppe. Lo si sostituì con doppio filo di seta ed il peduncolo fu fissato con ago all'esterno; la ferita addominale fu chiusa con sutura incavigliata ed attorcigliata. Al mattino s'ebbe emorragia grave e 36 ore dopo l'operazione la donna moriva.

---

(1) Ulteriori notizie ci confermano la completa guarigione della operata.

(N. della R.)

IV. Un'altro caso di amputazione utero-ovarica cesarea finora non conosciuto ai più appartiene al dottor Omoboni, chirurgo primario nell'Ospedale di Cremona. — L'Egregio operatore praticò l'atto operativo il 1.° Giugno u. s. La donna morì di peritonite in quarta giornata.

L'operata del Dott. Peruzzi di cui si parlò nel Numero di giugno a pagina 377, secondo quanto si legge in una lettera del Dott. Ballotta pubblicata nel *Raccoglitore Medico* 10-20 luglio 1880, abbandonò l'Ospitale perfettamente guarita il 14 luglio a. c.

Ovariotomie.

I. A S. Secondo di Pinerolo il Prof. Tibone eseguiva il 29 giugno coll'assistenza dei Professori Chiara, Cuzzi, Dott. Bergesio — una ovariotomia doppia — Il liquido estratto da una delle cisti pesava chilogrammi quindici. L'andamento consecutivo fu buonissimo, ed ulteriori notizie ci annunziano la completa guarigione.

II. Nella Casa di Salute in Milano il Dott. Luigi Mangiagalli presenti i Professori Chiara e Porro eseguiva il 13 luglio 1880 una ovariotomia per cistoma multiloculare destro. Non ostante la età avanzata (55 anni) ed il gravissimo stato di denutrizione della donna la guarigione fu pronta e completa.

III. Dal *Raccoglitore Medico* del 10-20 luglio a. c. conosciamo che la seconda centuria di ovariotomie eseguite in Italia fu completata con quella eseguita dal Peruzzi nel giorno 8 luglio in Lugo. N.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Volume II. Settembre 1880. Num. 9.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

FETOMETRIA

STUDI ED OSSERVAZIONI

del Dott. OTTAVIANO MARCHIONNESCHI

Aiuto alla Clinica Ostetrica e Ginecologica di Pisa

L'opportunità di assistere a vari parti in una Maternità (1) che per le intelligenti cure del suo illustre Direttore Cav. Prof. Minati si presta allo studio dei vari soggetti ostetrici, m'invogliò di raccogliere il materiale sufficiente a instituire osservazioni e ricerche che dessero un qualche responso meritevole di considerazione.

Le misure dei diametri della testa fetale, delle circonferenze di essa e della lunghezza del corpo del feto, che ogni giorno sono esattamente prese nella nostra clinica, parvemi potessero costituire un tema non privo di una certa entità e di un interesse scientifico che giustamente molti gli riconobbero e che Budin e Ribemont in una loro recente memoria dimostrarono essenzialissimo.

(1) Dal lato igienico poi e dal topografico la sua edificazione fu sapientemente condotta. I Congressisti dell'Associazione Medica Italiana riuniti in Pisa nel 1878 le tributarono pubblico e singolarissimo elogio. I processi puerperali sino ad oggi furono estranei ad essa, nè mai la minacciarono della loro infettività. Questo è merito del savio e retto indirizzo che emanò dalla dotta esperienza e dall'illuminato consiglio dell'Ill. Sig. Cav. Dott. Carlo Cuturi Commissario dei RR. Ospedali di Pisa.

Disponevo di 202 osservazioni le quali per il modo con il quale sono compilate le cartelle della Clinica hanno il pregio di essere ricchissime di particolari e di notizie, di una utilità che si renderà evidente via via che anderemo svolgendo il tema.

Classai questi dati per guisa da poterli riunire sotto grandi gruppi e ricavarne medie che mi autorizzassero a basarvi qualche conclusione. Ma perchè un lavoro di questo genere fu condotto con tanta esattezza e lusso di osservazioni e di tavole dai Dott. Budin e Ribemont da me sopra citati, stimo sia qui il caso d'esaminarlo sommariamente prima di presentare le mie tavole dalle quali devono poi vedersi emanare successivamente resultati che avremo il comodo di porre fino ad un certo punto a riscontro con quelli, che lo studio degli ostetrici francesi seppe fruttare.

Primieramente i signori Budin e Ribemont ritengono di avere posto in sodo il fatto della esistenza di un diametro della testa che sarebbe superiore a tutti gli altri fin ad ora misurati e in questa convinzione Budin gli diè il nome di *diametro massimo.*

Si estenderebbe dal mento alla sutura sagittale fra la punta dell'occipite e la fontanella anteriore.

Indi si occupano dello studio dei seguenti diametri e circonferenze:

D. occipito-mentoniero. — Dalla punta dell' occipite al mento.

D. occipito-frontale. — Dalla punta dell'occipite alla radice del naso.

D. sotto-occipito bregmatico. — Dal luogo di incontro dell'occipite e della nuca al mezzo della fontanella quadrangolare.

D. biparietale o trasverso massimo posteriore.

D. bitemporale o trasverso minimo dall' origine d' una sutura parieto-frontale a quella opposta.

D. bimastoideo. — Da un apofisi mastoide all'altra.

Grande circonferenza. — Passa per l' estremità del diametro antero-posteriore, il massimo.

Piccola circonferenza. — Passa per l'estremità del diametro sotto-occipito bregmatico. È necessario premettere quanto i signori

Budin e Ribemont si sono creduti in dovere di avvertire cioè che i feti sono stati pesati subito dopo la nascita, mentre i diametri sono stati misurati 48 a 72 ore di distanza da questa.

In quelle tavole sono in bell'ordine raccolte le notizie più necessarie e più convenienti per lo studio delle dimensioni della testa fetale. Così si è tenuto conto dell' età della donna, dell' epoca della mestruazione, di quella del parto, della lunghezza e del peso del feto non che dei diametri e delle circonferenze sopra indicate e questi sono costantemente ripetuti in ciascuna classe dei feti presi in esame.

Riporteremo a suo luogo le conclusioni che derivarono dalle tavole in discorso.

Il mio studio dovrà certamente dare resultati non sempre identici a quelli dei signori Budin e Ribemont e portare per questo qualche conclusione diversa. Tutto ciò è spiegato facilmente quando si sappia che le mie note riguardano individui esaminati pochi istanti dopo la nascita. Ritengo però che non debba essere meno istruttivo il confronto, nè meno importanti le deduzioni che potrò farne scaturire (1).

Ho stabilito ancora io due grandi divisioni dei feti esaminati ponendo in una tutte le femmine, nell' altra tutti i maschi.

Ho ripetuto la distinzione di più classi di vario peso per ciascun sesso cioè:

1.ª	Da	1500 — 2000	grammi	maschi e femmine
2.ª	»	2000 — 2500	»	
3.ª	»	2500 — 3000	»	
4.ª	»	3000 — 3500	»	
5.ª	»	3500 — 4000	»	
6.ª	»	4000 — 4500	»	

(1) Fra breve quando le ricerche che ho incominciate avranno raggiunto un discreto numero esporrò in quadri comparativi i dati numerici ottenuti con le misure prese subito dopo la nascita e alla distanza di 48-72 ore sui medesimi feti.

Non conosceva il lavoro del Budin e quello ultimo del Budin e Ribemont quando stavo raccogliendo questi dati e perciò non poteva pensare a tenere un sistema eguale e che avrebbe servito pei relativi confronti, però con un' occhiata che vi si dia anche alla sfuggita si vede come io abbia, sebbene non proponendomelo, messi insieme fatti simili a quelli del Budin, adunate notizie in gran parte uguali alle sue, mentre nelle mie tavole se ne leggono altre che resultarono dall' avere seguito l' indirizzo tracciato nelle tabelle stampate e già in uso nella clinica. Così nei quadri appariranno registrati il *nome*, l'*età*, il *numero delle gravidanze*, *l'ultima mestruazione*, *il giorno del parto della madre* e le seguenti misure:

D. occipito frontale.
D. occipito mentoniero.
D. biparietale.
D. occipito bregmatico.
D. trachelo bregmatico.
D. mento faciale.
D. bizigomatico.
Circonferenza faciale.
» occipito frontale.
» basilare.
D. biacromiale.
D. bitrocanterico.
La distanza dall'ombellico al bregma.
La distanza dall'ombellico ai piedi.
La lunghezza del corpo del feto.
Il peso.

Quest' ultime misure ed altre ho veduto che non figurano nei quadri del Budin. Avendole noi considerate nelle nostre tavole vedremo di trarre un qualche profitto.

Tarnier ha detto che le misure fetali prese alla nascita non sono l'espressione vera delle dimensioni normali e si capisce che le deformazioni varie che la testa è destinata a subire nei parti

per il vertice altereranno la lunghezza dei suoi diametri, riducendone alcuni, aumentandone altri; ora queste deformazioni non essendo permanenti, ma destinate a dileguarsi, la configurazione del cranio a poco a poco cambierà per modo che i diametri che erano divenuti maggiori diminueranno e gli altri guadagneranno qualche millimetro e si finirà così per avere la testa normale, di forma simile a quella che presentava il feto prima di traversare la filiera pelvica per venire alla luce. Fu il Budin che primo ci fece conoscere i diametri e le circonferenze d'una testa fetale non ancora modificata dalla compressione cui la sottomette l'atto del parto; ma sfortunatamente si tratta d'una sola osservazione che potè fare estraendo un feto dalle pareti addominali con l'operazione cesarea.

Io però a bella posta volli raccogliere queste misure alla nascita perchè era mia intenzione di stabilire con nuove indagini una media da paragonarsi poi con le tante già date dagli autori di diverse nazioni (medie che furono tutte tratte da misure prese come le mie alla nascita) o con quelle generalmente accettate, sia per raffermare sempre più dati che reputai importanti, sia per studiare le ragioni e sostenere le differenze se queste fossero infine resultate grandissime: per ultimo sperando di ricavarne nozioni utili alla terapia delle distocie pelviche. Mi premeva poi di conoscere tutta la entità dell'asserzione del Simpson sulla differenza in volume dei crani dei maschi e di quelli delle femmine, sulle funeste conseguenze che col maggior volume e col testo maschile quel celebre ostetrico inglese vide frequentemente accoppiate. E mi sembrò che da queste medie e dai vari responsi delle mie tabelle statistiche avrebbero potuto derivare la dimostrazione e la elucidazione di altri argomenti, che difatti potei in appresso studiare, concludendovi attorno nel modo che, svolgendo la tesi, verrò a dire. Intanto espongo qui le varie tavole, del cui numero e della cui necessaria e forse tediosa prolissità chiedo anticipata venia al lettore, nella fiducia che possano servire ad attingervi la convinzione di quanto sopra vi si discorre.

Classe I. — MASCHI **Da 1500**

N. d'ordine	COGNOME	Età	N. delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero
1	Freg. M.	30	3	14 aprile 1879	12 febbraio 1880 ore 10 pom.	11	12
2	Alleg. C.	23	1	10 ottobre 1877	27 maggio 1878 ore 6,15 pom.	10	11
3	Mari Z.	16	1	?	24 marzo 1878 ore 10 pom.	9,50	10
4	Temp. F.	42	12	9 marzo 1877	1° gennaio 1878 ore 4 1/2 ant.	9,50	10,
5	Terzi C.	25	3	Ultimi di giugno 1877	6 febbraio 1878 ore 3 1/2.	9	12
6	Simon C.	41	3	Ultimi d'apr.e 1878	19 gennaio 1879 ore 3 1/2 pom.	10	11
					SOMMA	59,00	66,
					MEDIA	9,83	11,

OCO grammi *Tavola* I.

	D. Occipito bregmatico	D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
	8,50	9	5	5	24	33	37	8	7	22	22	44	1970
0	8	9	5	5	23	29	27,50	10	8	22	21	43	1905
	9,50	8	7	5,50	27	33	30	9,50	7,50	22	22	44	1670
	8	10	5,50	5,50	26	31	29	9,50	7	22	20	42	1754
	6	9	6	7	28	30	32	8	5,50	26	20	46	1720
	8	9	6	6	27	31	34	11	9	23	21	44	1792
50	48,00	54	34,50	34,00	155	187	189,50	56,00	44,00	137	126	263	10811
01	8,00	9,00	5,75	5,66	25,83	31,16	31,58	9,33	7,33	22,83	21,00	43,83	1801,83

N.° d'ordine	Cognome	Età	N.° delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale
7	Minglise A. . . .	40		?	10 febbr. 1880	9
8	Moch A.	20	1	3 maggio 1878	11 gennaio 1880 ore 3 pom.	11
9	Alley C.	24	2	15 agosto 1878	31 maggio 1879 ore 12 pom.	9,50
					Somma	29,50
					Media	9,83

D. Biparietale	D. Occipito bregmatico	D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
	7	9	6	6	20	21	32	9	8	22	21	43	1800
,50	8	11	5	6	29	32	33	10	8	21	22	43	1950
	7,50	9	6	6	24	31	33	10	8	22	21	43	1850
,50	22,50	29	17	18	73	84	98	29	24	65	64	129	5600
,16	7,50	9,66	5.66	6	24,33	28	32,66	9,66	8	21,33	21,33	43	1866,66

N.° d'ordine	COGNOME	Età	N.° delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipite mentoniero	D. Biparietale
10	Giav. T. . .	21	1	1 maggio 1877	23 febbr. 1878 ore 5 pom.	11	12	9
11	Gras E. . .	31	2	20 aprile 1879	23 dicemb. 1879 ore 5 ant.	9	12	8
12	Sbrau M. . .	22	1	7 settemb. 1877	30 maggio 1878 ore 1 pom.	10	11	8
13	Caprilli M. .	39	12	30 giugno 1877	27 febbr. 1878 ore 6 ant.	9,50	11	8,5
14	Giovan M. .	38	10	1i settemb. 1877	11 marzo 1878 ore 3 ant.	10	11	9
15	Benco . . .	24	2		24 genn. 1878 ore 9 1/2 ant.	11	13	8
16	Barg T. . .	19	1	20 sett. 1877	5 giugno 1878 ore 6 ant.	10	11	8
17	Savioz G. . .	18	1		8 giugno 1878 ore 6 pom.	10	12	8
18	Giov T. . .	26	5	17 maggio 1879	21 febbr. 1879 ore 10 1/2 pom.	11	12,50	8,5
19	Marras M. .	23	2	15 marzo 1877	26 novem. 1878 ore 11 pom.	10	11	8
20	Far F. . . .	30	2	?	26 marzo 1879 ore 12,40	10	11	8
21	Ialh I. . . .	20	2	12 marzo 1878	22 febbr. 1879 ore 3 ant.	10,50	11,50	8
22	Vit	29	2	29 luglio 1878	11 aprile 1879 ore 10 pom.	10	11	7
23	Lepor . . .	37	2	?	27 novemb. 1878 ore 6 ant.	10	11	8
24	Petroc . . .	36	5	20 giugno 1879	16 marzo 1880 ore 7 pom.	9,50	10	7
					SOMMA	151,50	171	121
					MEDIA	10,10	11,46	8,0

500 grammi *Tavola* III.

D. Occipite bregmatico	D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
.	9	5	6	25	33	29	8	9	22	23	45	2350
.	9	5	5,50	26	27	33	9	8	23	22	45	2050
,50	9	5	5	26	32	27	10	9	22	21	43	2126
7	9	5,50	6	25	31	28	9	8	22	21	43	2306
9	9	6	6	26	30	29	10	8,50	23,50	22,50	46	2390
8	9,50	6,50	6	26	32,50	27	11,50	8	25	25	50	2480
8	9	6	6	26	31	30	11	8	23,51	23,50	47	2170
8	9	5,50	6	25	35	26	10	9,50	23	22	45	2200
8,50	9,50	6	7	27	32	35	9	8	24	24	48	2020
8	10	5	6	26	32	35	10	9	23	23	46	2445
8	10	6	5,50	23	29	30	9	7	23	20	43	2000
8	10	5,50	6	27	33	35	9,50	8	26	24	50	2245
7	9	7,50	6	27	33	35	10	8	23	23	46	2230
8	10	5	6	26	32	35	10	9	23	23	46	2445
7,50	7	4	5,50	25	29	33	10	6,50	24	20	44	2050
8,50	138	83,50	88,50	386	473,50	467	146	123,50	350	337	687	33495
7,90	9,20	5,58	5,90	25,73	31,56	31,13	9,73	8,23	23,33	22,46	45,80	2233,00

N. d'ordine	Cognome	Età	N. delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale
25	Bresch. S. . .	35	6	13 aprile 1879	7 gennaio 1880 3 1/2 pom.	11	11,50	8,[illegible]
26	Umi. L. . . .	21	1	15 giugno	16 febbraio 1878 ore 6 ant.	10	11	8
27	Corr. T. . . .	33	7	10 maggio	7 febbraio 1878 2 3/4 pom.	11,50	12	9
28	Id.	»	»	?	7 febbraio 1878 2 3/4 pom.	10	10,50	8,[illegible]
29	Coc. A. . . .	25	1	15 ottobre 1877	31 maggio 1878 12 1/2 pom.	10	11	7
30	Buchig. A. . .	21	1	29 settemb. 1877	28 maggio 1878 4 pom.	10	11	8
31	Lupreł. E. . .	26	1	13 giugno 1877	21 marzo 1878 9 pom.	11	12	9
32	Tafon J. . . .	20	2	20 maggio 1878	28 febbraio 1879 1 1/2 pom.	10	11	8,[illegible]
33	Bud J. . . .	40	3	ultimi giug. 1878	11 marzo 1879 8 1/2 ant.	10,50	12	8
34	Bud J. . . .	40	3	ultimi giug. 1878	11 marzo 1879 2 pom.	11	11,50	7,[illegible]
35	Gravil T. . .	35	5	giugno 1878	20 marzo 1879 7 1/2 pom.	10	12	9
36	Toss. G. . . .	30	9	maggio 1878	29 gennaio 1879 4 1/2 ant.	10	11	8
37	Gri C. . . .	28	5	15 aprile 1878	2 gennaio 1879 5 1/2 pom.	10	11	8
38	Torz I. . . .	30	2	?	26 marzo 1879 12,40 ant.	10	11	8
39	Iall. A. . . .	17	1	ultimi april. 1878	5 gennaio 1879	10	11	8
					Somma	155,00	169,50	123,0
					Media	10,33	11,30	8,2

500 grammi *Tavola* IV.

D. occipito bregmatico	D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
,50	9	5	5	26	32	35	10	8,50	24	23	47	2250
,50	9	6	6,50	25	28	30	9	8	23	21	44	2160
	9	6	6	25	21	28,50	9,50	9	26	20	46	2310
,50	9	5,50	6	25	30	29	9,50	9	24	20	44	2000
	8,50	6	6	23	27	26	10	8	23	22	45	2200
	9	5,50	6	24	30	28	9	8	22	21	43	2000
,50	9	6	6	27	30	27	9	8,50	24	23	47	2300
,50	9	5	6	26	32	34	10	5	24	23	47	2335
	9	6	6	25	32	33	9	8	23	24	47	2250
	9	5,50	6	23	28	32	10,50	8,50	24	22	46	2230
	10	6	7	27	33	33	13	10	26	24	50	2390
	9	6,50	6	26	29	33	9	7	23	22	45	2300
	9	6	6	26	30	34	10	9	21	25	49	2440
	10	6	5,50	23	29	30	9	7	23	20	43	2000
	9	6	6	24	30	33	10	8	24	23	47	2180
,50	136,50	87,00	90,00	375	451	465,50	146,50	124,50	354	333	690	33345
,83	9,10	5,80	6,00	25,00	30,06	31,03	9,76	8,30	23,60	22,20	46,00	2223,00

N. d'ordine	COGNOME	Età	N. delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatico
40	Ma. M. . . .	30	4	23 luglio 1878	29 aprile 1879 3 1/2 pom.	11	12,50	9	9
41	Fac. A. . .	24	1	19 marzo 1878	21 dicemb. 1878 ore 5 pom.	11	12,50	9	9
42	Sim. L. . .	30	9	?	28 aprile 1879 11 3/4 pom.	11	12	9	9
43	Gadd. M. . .	30	2	15 aprile 1877	13 gennaio 1878 ore 10 ant.	10,50	11	8	8
44	Ded. V. . .	25	3	15 luglio 1878	31 marzo 1879 4 pom.	10	11	9	7
45	Chin. A. . .	30	1	ult. magg. 1878	22 dicemb. 1878 ore 10 1/2 pom.	11	12	9	9
46	Bartol. M. .	23	2	18 maggio 1878	31 gennaio 1879 ore 10 pom.	11	12	9	9
47	Bartac. M. .	24	3	?	2 giugno 1878 ore 4 pom.	11	12,50	8	8
48	Colt. V. . .	21	1	8 settemb. 1877	4 giugno 1878 ore 2 pom.	10,50	12	9	8
49	Mace. T. . .	26	2	28 settem. 1877	6 giugno 1878 ore 12 1/2 ant.	11	12	8	8
50	Fum T. . .	30	4	30 aprile 1877	14 febbraio 1878 ore 9,20 pom.	10	11,50	9	8
51	Mag. A. . .	36	3	30 giugno 1877	1 marzo 1878 ore 4 pom.	10,50	11	8	7
52	Bardel A. . .	35	5	1 aprile 1877	9 febbraio 1878 ore 1 15 ant.	11,50	12	9	8
53	Lip.	36	5	?	30 giugno 1878 ore 7 1/2 ant.	10	12	9	9
54	Tard. N. . .	25	2	16 settem. 1877	15 giugno 1878 ore 11 ant.	11	12	9	9
55	Garg. T. . .	40	7	18 settemb. 1877	23 giugno 1878 ore 9 3/4 ant.	11,50	12	9	9
56	Baron M. . .	22	1	?	1 marzo 1879 ore 11 ant.	11	12,50	8,50	8
					Da riportarsi	183,50	202,50	148,50	144

DOO grammi *Tavola* V.

D. Tracheo bregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
)	7	6	27	33	30	10	9	25	24	49	2670
	7	6,50	28	34	37	10	9	25	24	49	2960
)	5,50	6	29	33	34	10,50	7,50	26	23	49	2900
)	6	5,50	23	31,50	30	10	10,50	28	20	48	2840
1	6	6	26	33	35	11	9	25	24	49	2950
)	6,50	6	27	30	32	11	9	26	24	50	2770
)	6	6	26	33	35	11	9	24	24	48	2840
)	6	6	28	32	28	11	9,50	25	24	49	2880
)	5,50	6	28	32	31	11	9	24	24	48	2800
)	6	6	26	33	30	10,50	9	23	23	46	2700
3,50	6	7	28,50	33	28	10	9	25	21	46	2900
)	6	5	27	32	31	10	9	23,50	23,50	47	2670
)	6	7	25	33	31	11	10	27	20	47	2900
)	5,50	6	26	31	35	10	8,50	25	24	49	2530
)	5,50	6	26	32	31	12	10	24	23	47	2970
),50	6	6	26	35	36	11	9,50	25	14	39	2850
)	7	6,50	26	34	37	11	8,50	25	25	50	2750
5,00	103,50	103,50	452,50	554	551	181,00	154,00	425,50	384,50	810	4788,00

Classe III. — Maschi **Da 2500**

N. d'ordine	Cognome	Età	N. delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatico
					Riporto . .	183,50	202,50	148,50	144
57	Marius L. . .	19	1	13 luglio 1878	12 aprile 1879 ore 6,10 pom.	10	11,50	8	8
58	Raff. C. . .	18	1	marzo 1878	13 dicemb. 1879 ore 3 1/2 pom.	11,50	12,50	9	9
59	Ros. R. . .	23	6	?	30 marzo 1879 ore 5,20 pom.	10,50	13	9	8
60	Alb. C. . . .	23	1	24 giugno 1878	18 marzo 1879 ore 12,10 pom.	11,50	13	9	[illegible]
61	Pizz. C. . .	25	1	24 giugno 1877	17 marzo 1878 ore 7 3/4 pom.	11	13	9	8
62	Gin.	19	1	20 giugno 1879	29 aprile 1880	9,50	11	8	8
63	Cupi A. . .	23	1	maggio 1878	26 febbraio 1880 ore 1 1/2 ant.	11	12	8	8
					Somma	258,50	292,00	208,50	202
					Media	10,77	12,16	8,66	8

00 grammi *Tavola* V.

D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
103,50	103,50	452,50	554	551	181,00	154,00	425,50	384,50	810	478800
5,50	5,50	30	30	31	11	8	22	23	45	2740
6	6	29	32	34	10	9	25	24	49	2610
7	7	28	33	35	11	9	25	25	50	2780
6	6	28	35	38	11	9	25	23	48	2930
6	6	28	35	36	11	9	25	24	49	2850
5	5,50	25	31	36	9,50	7	24	23	47	2510
7	7	30	33	37	11	10	25	24	49	2950
146,00	146,50	753,50	783,50	798	255,50	216,00	596,50	560,50	1146	672500
6,08	6,10	31,39	32,64	30,33	10,64	9,00	24,85	23,35	45,75	2802,08

Classe III. — Femmine **Da 2500**

N. d'ordine	Cognome	Età	N. delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale
64	Fas. D. . .	33	3	ult. giug. 1879	29 gennaio 1880 ore 2,30	11	12	8
65	Traf. J. . .	20	1	26 maggio 1877	4 febbraio 1878 ore 9 ant.	11	13	9
66	Tac. J. . . .	30	6	5 maggio 1879	11 gennaio 1880 ore 11 pom.	10	11	8
67	Par F. . . .	33	6	20 luglio 1877	26 aprile 1878 ore 8 ant.	11	12	8
68	Ben F. . . .	21	1	?	12 giugno 1878 ore 9,25 pom.	11,50	13	9
69	Ghel. Z. . .	30	7	10 marzo 1879	11 dicemb. 1879 ore 3 1/2 ant.	11	12	9
70	Maz. M. . .	21	1	ult. febbr. 1879	29 novem. 1879 ore 6 1/4 ant.	11	12	9
71	Serz. M. . .	25	2	23 maggio 1877	5 marzo 1878 ore 1 ant.	10	11	8,50
72	N. N. . . .	20	1	18 agosto 1877	1 maggio 1878 ore 1 1/2 pom.	10	11	7,50
73	Gel. F. . . .	23	6	?	25 maggio 1878 ore 3 3/4 pom.	11	12	8,50
74	Favil. F. . .	36	8	25 settem. 1877	12 maggio 1879 ore 4 1/2 pom.	10	11,50	9
75	Dolf. F. . .	29	3	primi mag. 1877	3 febbraio 1878 ore 11 ant.	10	11	8
76	Pierac. T. . .	25	5	18 agosto 1877	21 giugno 1878 ore 6 1/2 pom.	10	11	9
77	Mar. F. . .	27	6	?	31 marzo 1879 ore 11 ant.	10	12	8
78	Ferr. D. . .	21	1	20 marzo 1878	10 gennaio 1879 ore 10,30 pom.	11	12	9
79	Berte. A. . .	29	6	?	29 marzo 1879 ore 2 1/2 ant.	9	12,50	9
80	Bibo M. . .	21	1	?	7 dicembre 1878 6 1/2 pom.	9	10	8,50
					Da riportarsi	176,50	199,00	145,00

00 grammi *Tavola* VI.

	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
50	5	7	24	31	33,50	10	9	18,50	27,50	46	2500
	6	7	30	32	37	10	8,50	24	22	46	2500
	6	6	26	29	32	9	8	24	22	46	2500
	6	7	27,50	32	29	11,50	9,50	24	24	48	2750
	6	6,50	26	35	32	11	9	24	24	48	2980
	6	6	27	34	39	11	9	25	24	49	2950
	6	6	27	33	37	11	9	25	24	49	2750
	6	6	30	32	28	10,50	9,50	24	22	46	2500
	5	5,50	26	31	28	10	8	23,50	23,50	47	2520
	6	7	30	32	28	11	8,50	24	23	47	2920
	6	6	27	35	32	11	9	26	21	47	2920
	7	6,50	28,50	32	33	11	12	26	24	50	2570
	6	6,50	27	33	35	10	9	24	24	48	2950
	6	6	26	33	35	11	11	23	24	47	2800
	6	6	27	33	36	11	9	25	24	49	2750
	6,50	6	26	32	34	10	9	26	21	47	2850
	4,50	5	25	29	32	10	8	24	23	47	2730
50	100,00	106,00	460,00	548	560,50	179,00	155,00	410,00	397,00	807	46440

Classe III. — Femmine **Da 2500 a**

N. d'ordine	Cognome	Età	N. delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	
					Riporto . .	176,50	199,00	145,00	14
81	Gian. M. . .	21	2	16 giugno	5 marzo 1879 ore 1 pom.	11	12	9	
82	Con. M. . .	26	6	?	22 giugno 1879 ore 1 1/2 pom.	10,50	11,50	8	
83	Fort. A. . .	20	1	24 luglio 1878	22 marzo 1879 ore 12 1/2 pom.	11	12	9	
84	Carm. Crist. .	36	2	6 maggio 1878	21 febbraio 1879 ore 5 ant.	11	12,50	9	
85	Min. A. . .	32	4	1 settemb. 1879	28 maggio 1880 ore 6 pom.	10	11,50	8	
86	Del Sep. F. .	21	2	maggio 1878	16 febbraio 1879 ore 1 ant.	11	12,50	8	
87	Facc. A. . .	30	3	?	19 febbraio 1879 ore 5 3/4 pom.	11	12	8,50	
88	Pol. G. . . .	26	5	7 maggio 1878	24 gennaio 1879 ore 1 pom.	11	12	9	
89	Don. F. . .	22	2	31 maggio 1878	16 marzo 1879 ore 3 pom.	11	12	8	
90	Don. M. . .	33	4	?	3 marzo 1879 9 3/4 pom.	11	12	9	
					Somma	285,00	319,00	230,50	23
					Media	10,55	11,82	8,53	

00 grammi *Tavola* VI.

	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
0	100,00	106,00	460,00	548	560,50	179,00	155,00	410,00	397,00	807	46440
	6	6	27	36	36	11	8	23	22	45	2520
0	6	6	25	31	35	10	8	24	24	48	2500
0	6	6	27	33	37	9,50	8,50	25	24	49	2660
	6	6	27	33	37	10	9	25	25	50	2980
	6	5	25	32	36	10	10	24	24	48	2630
	6	6	26,50	33	35	9	8	24,50	23,50	48	2500
	7	6,50	27	32	33	10	9	24,50	23,50	48	2750
	7	6,50	27	32	35	11	9	24	24	48	2800
	5,50	6	26	33	33	11	8	25	20	45	2700
	6	7	24	32	38	12	9	25	24	49	2930
	161,50	167,00	721,50	875	915,50	282,50	241,50	654,00	631,00	1285	73410
	5,98	6,18	26,72	32,40	33,90	10,46	8,94	24,11	23,37	47,40	2718,00

Classe IV. — MASCHI **Da 3000**

N.° d'ordine	COGNOME	Età	N.° delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatico
91	Guer. Z. . . .	30	8	?	2 luglio 1878 ore 5 1/2 ant.	11	13	9	9
92	Michel. A. . .	28	2	21 aprile 1878	17 genn. 1879 ore 8 ant.	11	12	9	9
93	Sbr. M. . . .	32	4	4 maggio 1878	18 genn. 1879 ore 8 pom.	11,50	13	9,50	9
94	Ran. A. . . .	39	10	9 luglio 1878	6 aprile 1879 ore 8 40 pom.	11	12,50	9	9
95	Melis. M. . . .	25	1	13 maggio 1878	2 marzo 1879 ore 6 1/2 ant.	11,50	13	9	9
96	Schin. L. . . .	30	2	ult.i magg. 1878	1 marzo 1879 ore 4 pom.	11	12	9	9
97	Niccol. A. . .	29	6	31 maggio 1878	27 febbr. 1879 ore 11 1/2 pom.	11	12,50	9	9
98	Gian. A. . . .	28	3	8 giugno 1878	5 marzo 1879 ore 8 1/2 ant.	11,50	13	9	9
99	Fred. A. . . .	38	6	20 maggio 1878	3 marzo 1879 ore 8 20 pom.	11,50	12	9	8
100	Ciut. A. . . .	30	3	1° luglio 1878	17 aprile 1879 ore 5 1/2 pom.	11	12	8	8
101	Temp. F. . .	45		?	11 giugno 1879 ore 3 1/2 ant.	11	12	9	9
102	Ferra T. . . .	30	4	primi ag. 1878	31 maggio 1879 ore 10 ant.	11	12,50	9	9
103	Bar. M. . . .	22	2	15 maggio 1879	10 dicemb. 1879 ore 2 pom.	11	12	9	9
104	Castel. M. . .	23	1	8 maggio 1877	19 febbr. 1878 ore 12 pom.	11.	13	9	9
105	Degli Im. T. .	19	2	17 luglio 1877	22 aprile 1878 ore 10 1/2 ant.	10,50	12,50	9	8
106	Romb. A. . .	26	5	12 giugno 1877	26 marzo 1878 ore 4 pom.	11	12	9	9
107	Quatt. G. . .	24	5	?	31 marzo 1878 ore 6 ant.	11,50	12,50	9	9
					Da riportarsi	189,00	211,50	152,50	150

OO grammi *Tavola* VII.

	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
	6	6	27	32	36	11	9	25,50	24,50	50	3220
	7	7	28	34	37	11	9	25	25	50	3420
	6	7	27,50	36	37	11	10	27	24	51	3348
	7	5,50	29	34	38	12	9	25	24	49	3280
	6	7	29	36	38	10	9	26	24	50	3150
	6	6,50	29	35	39	12	9	25	25	50	3400
	6	6	27	33	36	10	9	25	24	49	3020
	6	7	28	34	38	11	9	25	25	50	3400
	6	6,50	27	34	38	11	9,50	24	25	49	3070
0	6	6	28	34	39	10	8	25	25	50	3200
	6	6	30	34	38	11	9	27	26	53	3470
	6	6,50	29	35	38	11	9	26	24	50	3270
0	6	6,50	29	35	39	11	9	25	25	50	3100
	7	8	30	35	37	11	10	26	26	52	3280
	6	6	28	33	29	10,50	9	25,50	24,50	50	3220
0	7	7	30	34	33	11,50	10	27	24	51	3350
0	6	7	28,50	35	29	11	9,50	21	26	51	3320
00	106	111,50	484,00	583	619	186,00	156,00	430,00	421,00	855	55518

N.° d'ordine	Cognome	Età	N.° delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatic
					Riporto . . .	189,00	211,50	152,50	150
108	Vilid. A. . . .	36	10	12 aprile 1877	1 febbr. 1878 ore 7 1/2 p.	11,50	13	10	9
109	Diez. P. . . .	21	1	8 aprile 1877	26 genn. 1878 ore 9 pom.	11,50	14	8,50	9
110	Giovan. R. . .	26		27 aprile 1877	6 febbr 1878 ore 1 pom.	11	12	8	8
111	Man. A. . . .	36	7	25 aprile 1877	13 febbr. 1878 ore 8 1/2 pom.	11	13	9	9
112	Brin. L. . . .	30	1	1 maggio 1877	25 genn. 1878 ore 1 pom.	11	12	9	9
113	Gasp. A. . . .	36	8	14 maggio 1877	20 febbr. 1878 ore 3 pom.	11	12	9	7
114	Mat. F. . . .	35	5	ult.i aprile 1877	30 genn. 1878 ore 12 ant.	11,50	12,30	9	9
115	Maraz. N. . .	30	6	15 aprile 1877	11 genn. 1878 ore 3 ant.	9	12	10	8
116	Mont. F. . . .	23	1	10 luglio 1877	3 aprile 1878 ore 8 ant.	11	13	9	8
117	Barg. C. . . .			19 maggio 1879	19 febbr. 1880 ore 2 1/2 ant.	11	12	9	9
118	Bald. O. . . .	33	2	1 maggio 1879	3 febbr. 1880 ore 5 ant.	11	12	9	9
119	Font. E. . . .	24	2	ult.i aprile 1879	2 febbr. 1880 ore 8 1/2 pom.	10,50	12	7	7
120	Barsa. M. . .	40	11	10 aprile 1879	23 genn. 1880 ore 4 pom.	11	12	9	9
121	Ric. G. . . .	26	3	28 marzo 1879	26 dicemb. 1879 ore 10. 40 p.	11	12	9	9
122	Fresch. V. . .	19	1	maggio 1879	12 marzo 1880 ore 9 ant.	11	12	9	9
					Somma	353	397	286	278
					Media	11,03	12,40	8,93	8,

500 grammi

Tavola VII *(cont.)*

D. Tracheo oregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
4,00	106	111,50	484,00	583	619	186,00	156,00	430,00	421,00	855	55518
)	6	8	32	35	34	11	11	25,50	21,50	47	3250
)	6	5,50	25	35	34	10,50	9	25	22	47	3070
)	6	7	29	33	36	10	9	24	23	47	3000
),50	6	7	28	33	32	11,50	10,50	25	25	50	3200
)	7	6	26	35	36	9	10	24	23	47	3140
)	7	6,50	29	33,50	30	11	10	24	24	48	3000
)	7	7	27	33	37	11	9,50	24	28	46	3000
;	8	7	31	35	30	13	10	24	21	45	3400
,50	7,50	7	28	34	30	10	9	25	25	50	3120
)	6	6,50	28	36	38	11	9	25	25	50	3200
)	7	7	28	34	38	11	9,50	25	25	50	3500
)	6	7	27	33	36	11	10	25	23	48	3000
	6	6	29	35	39	10	9	25	25	50	3490
	5,50	6	28	33	37	11,50	9	25	24	49	3100
	6	6	27	35	39	11	9	26	25	51	3100
i	203	211	906	1047,50	1145	348,50	299,50	805,50	774,50	1580	106488
,43	6,34	6,54	28,39	32,73	35,78	10,89	9,35	25,17	24,20	49,37	3327,75

N.° d'ordine	Cognome	Età	N.° delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. occipito frontale	D. occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatico
123	Caselli A. . .	20	1	11 luglio 1877	16 aprile 1878 ore 12 1/4 ant.	11	12,50	9	9
124	Gall. D. . . .	21	1	28 luglio 1877	11 maggio 1878 ore 10 1/4 ant.	11	12	9	9
125	Bin. I. . . .	34	9	?	23 aprile 1878 ore 11 ant.	11	12	9	9
126	Niccol. T. . .	25	5	21 agosto 1877	5 giugno 1878 ore 6 1/4 pom.	11	12	9	9
127	Ros. M. . . .	28	3	20 luglio 1877	20 maggio 1878 ore 2 1/2 ant.	11	12	9	8,50
128	Cion. I. . . .	22	4	10 luglio 1877	25 maggio 1878 ore 9 10 ant.	11	12	9	9
129	Gianfol. M. . .	25	1	15 luglio 1877	21 aprile 1878 ore 2 pom.	10	12	9	8,50
130	Pol. A. . . .	23	2	30 maggio 1877	4 marzo 1878 ore 8 1/4 pom.	11	12	9	8
131	Busat. A. . .	23	4	8 maggio 1877	22 febbr. 1878 ore 8 20 pom.	10	12	8,50	9
132	Pelleg. G. . .	20	2	?	14 giugno 1878 ore 6 ant.	10,50	11	9	8,50
133	Tacil. S. . . .	28	2	15 agosto 1877	9 maggio 1878 ore 3 ant.	10	11,50	9	8
134	Vasel R. . .	27	5	24 maggio 1877	10 febbr. 1878 ore 11 pom.	11	12	9	8
135	Simon S. . .	29	8	1 luglio 1877	26 aprile 1878 ore 1 1/4 pom.	11	12	9	8
136	Card. L. . . .	40	9	1 giugno 1878	7 marzo 1879 ore 9 ant.	11	11,50	9	9
137	Del Cor. C. .	31	10	25 maggio 1878	17 febbr. 1879 ore 7 1/2 pom.	11	12,50	8,50	8,50
138	Vann. M. . .	26	4	7 maggio 1878	28 genn. 1879 ore 2 1/2 ant.	12	13	9	9
139	Camp. I. . . .	30	5	15 maggio 1878	17 febbr. 1879 ore 6 1/2 ant.	11	12	9	9
					Da riportarsi . . .	184,50	204,00	152,00	147,00

OO grammi *Tavola* VIII.

	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
	6	6,50	29	34	30	12	10	26	25	51	3400
	6	6,50	30	34	32	11	9	26	24	50	3060
	6	6	30	35	31	11,50	11	26	23	49	3240
	5	6	28	33	32	11	9	26	24	50	3280
	6	6,50	28	33	27,50	10	9	25	24	49	3120
,50	6	7	28	35	34	11	9	25	25	50	3270
	6	6	28	32	31	10	9	25	25	49	3250
,50	6	7,50	28,50	33	33	11	10,50	23,50	24,50	48	3200
	6	7	30	34	38	11	9,50	25	25	50	3200
	6	6	26	33	31	12	9	23	25	48	3045
	7	6,50	30	33	31	10	9	24	27	51	3280
,50	6	7	28	33	31	10	9	25	24	49	3010
	6	6	30	34	32	11	9	25	25	50	3400
	6	7	26	33	36	13	10	24	26	50	3050
	7	6,50	26	33	36	10	9	25	25	50	3150
	7	6	30	35	38	11	9	25	26	51	3130
	7	7	28	33	37	11	9	24	25	49	3060
,50	105	111,00	474,50	570	560,50	186,50	159,00	432,50	412,50	844	54140

N.° d'ordine	Cognome	Età	N.° delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatico
					Riporto . . .	184,50	204,00	152,00	147,
140	Brig. C. . . .	21	2	21 aprile 1877	2 febbr. 1879 ore 11 ant.	11,50	12	9	9
141	Vent. M. . .	36	4	3 giugno 1878	20 marzo 1879 ore 8 3/4 ant.	11	12	9	9
142	Del Penn. A. .	17	1	aprile 1878	24 genn. 1879 ore 2 1/4 ant.	11	12,50	9	9,
143	Del Cor. T. .	31	7	26 maggio 1878	10 marzo 1879 ore 2 pom.	11,50	13	9	9
144	Cas. C. . . .	21	1	?	20 giugno 1879 ore 9 1/2 ant.	10	12	9	8
145	Rug. T. . . .	38		15 aprile 1878	10 genn. 1879	11	12,50	9	8
146	Bind. S. . . .	20	2	?	28 genn. 1879 ore 8 1/2 pom.	11	12	9	9
147	Cerret. R. . .	22	1	?	21 maggio 1879 ore 7 3/4 ant.	11	13	9	9
148	Ciut. E. . . .	30	1		19 maggio 1879 ore 3 ant.	11	12	8,50	8
149	De Blas. R. .	35	2	14 marzo 1878	18 dicemb. 1878 ore 10 1/2 p.	10	12	9	9
150	Bars I. . . .	19	2	?	27 febbr. 1878 ore 10 1/2 pom.	11	12	9	9
151	Bartol. E. . .	30	1	16 maggio 1878	16 febbr. 1879 ore 5 1/2 pom.	12	13	9	9
152	Giunt. C. . .	19	1	?	2 maggio 1879 ore 11 ant.	11	13	9	9
153	Pet. A. . . .	28	6	1 sett. 1878	17 maggio 1879 ore 2 pom.	11	12	9	9
154	Buglin C. . .	19	2	?	2 maggio 1879 ore 11 ant.	11,50	12	9	8
155	Andolf. A. . .	24	1	28 aprile 1878	1 febbr. 1879 ore 9 ant.	11	12,50	9	9,5
					Da riportarsi	176,50	197,50	143,50	141

00 grammi

Tavola VIII (*cont.*)

	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
,50	105	111,00	474,50	570	560,50	186,50	159,00	432,50	422,50	844	54140
	8	7	28	33	37	11	9	24	26	50	3300
	6	6,50	30	34	37	11,50	9	24	25	49	3370
,50	7	7	27	34	37	10,50	9	25	25	50	3120
	6	7	26	34	36	11	8	25	25	50	3000
	6,50	7	29	34,50	38	11	9	23	25	48	3100
	6	6,50	27	34	36,50	10	9	25	26	51	3010
	7	6	30	33	35	12	9	24	25	50	3070
	6	6	29	34	39	11	9	24	25	49	3140
	7	6,50	29	33	37	10,50	9	24	24	48	3100
	6	6	29	32	34	11	9	24,50	25,50	50	3100
	7	7	28	34	36	12,50	9	25	25	50	3190
	7	7,50	30	36	38	11	9	26	24	50	3230
	6	7	27	36	37	11	10	24	24	48	3390
	6	6	28	33	38	11	9	24,50	24,50	49	3100
	6	6	28	35	40	11	10	23	25	48	3390
	6,50	6,50	27	34	37	11,50	9	24	25	49	3200
,50	114,00	105,50	452	543,50	592,50	177,50	145	389,00	399,00	789	51810

N.° d'ordine	Cognome	Età	N.° delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatico
					Riporto . . .	176,50	197,50	143,50	141
156	Borgh. M. . .	23	2	4 sett. 1879	24 maggio 1878 ore 10 1/2 p.	11	12	8,50	8,
157	Giul. T. . . .	25	3	24 luglio 1879	25 aprile 1880 ore 7 ant.	11	12,50	8	9
158	Morg. A. . .	32	6	?	8 genn. 1880 ore 9 pom.	11	12	9	9
159	Bernd. L. . .	22	2	13 aprile 1879	16 genn. 1880 ore 10 3/4 ant.	11	12,50	9	9
160	Grig. T. . . .	34	8	?	10 dicemb. 1879 ore 7 ant.	11	12	9	9
161	Greg. T. . .	34	4	2 marzo 1877	10 genn. 1878	12	12,50	9	9
162	Fab. R. . . .	31	3	30 giugno 1877	29 marzo 1878 ore 4 1/2 pom.	11	11	9	8,
163	Carl. E. . . .	40	12	ult.i agosto 1877	15 marzo 1878 ore 4 1/2 pom.	10	11	8	8
164	Bian. E. . . .	34	6	2 ottobre 1877	28 maggio 1878 ore 9 1/2 pom.	11	13	9	9
165	Terrel. E. . .	22	9	15 giugno 1877	30 marzo 1878 ore 8 3/4 pom.	11	12,50	9	9
166	Pett. A. . . .	32	5		26 aprile 1878 ore 5 ant.	10	11	9	8
					Somma	481	534,50	391	383
					Media	10,93	12,14	8,88	8,

500 grammi

Tavola VIII *(cont.)*

	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
50	114,00	105,50	452	543,50	592,50	177,50	145	389,00	399,00	789	51810
	7,50	6,50	29	34	38	11	9	24	25	49	3095
	6	6	29	34	39	10	8	25	24	49	3180
	6	6	28	34	37	11	9	25	23	48	3120
50	6	6	30	34	38	11	9.50	25	25	50	3430
	6	6	28	35	38	10	8	25	25	50	3350
	6	6	29	36	36	12	10	25	25	50	3420
50	6	6,50	29	34	30	11	9,50	25,50	24,50	50	3250
	7	6	24	32	30	10	7,50	22	20	42	3000
	6	6	21	35	32	12	9	25	25	50	3450
50	6	7	28	34	32	11	9,50	25	25	50	3250
	6	7	28	30	29	11	10	26	24	50	2240
50	277,50	287,50	1244,50	1485,50	1571	484	403	1085	1086	2171	139740
5	6,30	6,53	28,28	33,76	35,70	11,00	9,16	24,54	24,68	47,52	3175,90

Classe V. — Maschi **Da 3500**

N. d'ordine	Cognome	Età	N. delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatico
167	Boz. L. . . .	24	2	?	22 dicemb. 1879 ore 9 ant.	11	13	9	9
168	Ceccar. M. .	24	3	12 maggio 1878	15 gennaio 1879 ore 4 1/2 pom.	12	13	10	9
169	Pell. T. . . .	23	3	13 giugno 1877	12 marzo 1878 ore 2 1/2 ant.	11	12	9	8,
170	Morg. C. . .	16	1	6 maggio 1877	6 febbraio 1878 ore 9 pom.	11	13	9,50	8
171	N. N. . . .	18	1	10 maggio 1877	10 febbraio 1878 ore 10 1/2 pom.	11	13	9	8
172	Sino. A. . .	25	2	11 agosto 1877	12 maggio 1878 ore 2 1/2 ant.	11,50	13	9,50	9
173	N. N. . . .	28	2	11 aprile 1877	12 gennaio 1878 ore 9 ant.	11,50	13,50	9,50	9,
174	Farie T. . .	30	5	?	24 febbraio 1879 ore 12 1/2 ant.	11,50	13	9	9
175	Berr. T. . .	31	1	12 maggio 1877	9 febbraio 1878 ore 5 1/2 ant.	11,50	12,50	9,50	9,
176	Giunt. A. . .	21	1	16 maggio 1878	23 febbraio 1879 ore 11 pom.	11,50	13	9	9
177	Card. L. . .	40	9	giugno 1878	7 marzo 1879 ore 9 ant.	11	11,50	9	9
178	Pass. A. . .	35	9	?	26 aprile 1879 ore 2 pom.	11	13	9	9
179	Falc. M. . .	44	6	?	2 aprile 1880 ore 2 pom.	11	13	8	9
180	Favil. . . .	38	7	10 luglio	14 aprile 1880 ore 11 pom.	11	13	9	10
181	Sesteg. . . .	35	4	primi giug. 1879	16 marzo 1880 ore 4 ant.	11,50	13	10	9,
182	Casel . . .	22	2	24 giugno 1879	7 aprile 1880 ore 7 ant.	12	13	9	9
					Somma	181,00	205,50	147,00	144
					Media	11,31	12,84	9,18	9

4000 grammi *Tavola* IX.

D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale	B. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
1	6	7	30	36	40	11	10	26	25	51	3610
0	6	6	28	36	40	12	10	25	25	50	3760
0	6,50	7	30	33	30	12	10	26	27	53	3550
0	6	7	28	36	33	11	10,50	?	?	50	3130
0	7	7,50	29,50	35	29,50	11,50	11	28	23	51	3690
0	7	7,50	31	33	30	12	9,50	26	25	51	3670
0	7,50	7	26,50	25,50	28	11,50	10,50	28,50	25,50	51	3900
0	7	7	28	36	38	10,50	9	26	25	51	3750
0,50	7,50	7	30	35	38	11,50	9	27	24	51	3800
1	6,50	7	28	34	38	10,50	9	25	25	50	3370
0	6	7	26	33	36	13	10	26	24	50	3350
0	6	7	27	36	38	11	10	26	25	51	3720
0	7	7	30	35	36	11	10	25	27	52	3600
0	6	5,50	27	34	39	12	10	26	24	50	3750
0	6	6,50	30	38	40	12	10	27	27	54	3950
0	6,50	5.50	30	36	39	12	9	26	24	50	3710
1,50	104,50	107,50	459,00	551,50	372,50	184,50	157,50	393,50	375,50	819	58310
0,09	6,53	6,73	28,68	34,46	35,78	11,40	9,84	26,23	25,03	51,18	3644,37

N. d'ordine	COGNOME	Età	N. delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatico
183	Cino. S. . .	22	3	?	22 marzo 1879 ore 7 pom.	10,50	13	9	9
184	Bellin. G. . .	32	2	20 giugno 1879	12 marzo 1880 ore 6 1/2 pom.	11	13	9	9
185	Del Cor. G. .	28	5	5 settemb. 1879	4 giugno 1880 ore 3 pom.	11	13	9	9
186	Colomb. L. .	44	10	10 giugno 1877	7 marzo 1878 ore 4 1/2 pom.	11	12,50	9	8,[illegible]
187	Camn. A. . .	30	7	ultimi aprile	28 gennaio 1878 ore 10,20 ant.	10,50	13	8	9,[illegible]
188	Mann. E. . .	36	4	23 maggio 1877	14 marzo 1878 ore 5 ant.	12	13	9,50	9,[illegible]
189	Ferr. M. . .	43	5	3 giugno 1878	8 marzo 1879 ore 3 ant.	11	13	9	9
190	Giann. A. . .	21	1	18 luglio 1878	27 aprile 1879 ore 1 pom.	11	12	9	9
191	Carm. Ch. .	34	5	30 agosto 1878	7 giugno 1879 ore 7 ant.	12	13	9	9
					SOMMA	100,00	115,50	80,50	81,[illegible]
					MEDIA	11,11	12,83	8,94	9,[illegible]

000 grammi *Tavola* X.

D. Trachelo bregmatico	Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall' ombellico al bregma	Distanza dell' ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
0	6	6	27	34	39	11	10	25	25	50	3500
0	6	6	31	35	39	12	9	25	25	50	3700
9	6	6	30	36	39	12	9,50	26	26	52	3700
0	6,50	6	29	35	38	11,50	10	26,50	25,50	53	3500
0	7	6	30	33	33	12	10	22	28	50	3500
0	7,50	7,50	30	37	35	11,50	10	26	27	53	3580
1	6,50	7	28	35	38,50	11	10	26	26	52	3850
9,50	6,50	7	28	36	36	12	9	25	25	50	3500
0	6,50	6	28	36	39	12	9	26	26	52	3620
9,50	58,50	57,50	261	317	326,50	105,00	86,50	227,50	233,50	462	32450
9,95	6,50	6,38	29,00	35,22	36,27	11,66	9,61	25,25	25,94	51,33	3605,55

Classe VI. — MASCHI **Da 4000 a**

N. d'ordine	COGNOME	Età	N. delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatico
192	Gras G. . .	?	3	?	11 dicemb. 1879 ore 1,40 pom.	12	13	9	9
193	Gemeg. G. .	26	1	?	12 marzo 1878 ore 11,25 ant.	11	13	9	9
194	Giovan. C. .	22	2	10 agosto 1877	3 giugno 1878 ore 7 ant.	11,50	13	9	9
195	L. F. . . .	31	1	8 settemb. 1877	2 luglio 1878 ore 7 pom.	12	13,50	9,50	9
196	Cit. C. . .	47	6	1 maggio 1878	19 febbraio 1879 ore 5 $^1/_2$ pom.	12	13,50	9,50	9,5
197	Giul. D. . .	42	6	15 aprile 1878	7 gennaio 1879 10 $^1/_2$ ant.	12	13,50	10	10
198	Del Cor. . .	40	12	?	5 aprile 1880 ore 10 $^3/_4$ ant.	12	13	9	9
199	Mag. . . .	32	6	19 agosto 1879	29 maggio 1880 1,40 pom.	12	13,50	10	9,5
					SOMMA	94,50	106,00	75,00	74,0
					MEDIA	11,81	13,25	9,37	9,2

4500 grammi *Tavola* XI.

D. Tracheo bregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall' ombellico al bregma	Distanza dall' ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
	6	6,50	30	36	39	12	10	25	25	50	4070
	6	7	32	36	35	12	10	27	26	53	4040
	7	7	31	35	32	12	11	27	26	53	4160
	7	7	30	35	40	12	11	28	27	55	4450
,50	8	7	29	35	38	12	10	27	25	52	4020
	8	7	29	36	39	12	10	27	25	52	4300
	6	6	30	36,50	40	13	10	27	25	52	4385
	6,50	7	37	31	42	13	10	28	26	54	4200
,50	54,50	54,50	248	280,50	305	98	82	216	205	421	33625
,31	6,81	6,81	31,00	35,06	38,12	12,25	10,25	27,00	25,62	52,62	4203,12

N. d'ordine	COGNOME	Età	N. delle gravidanze	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero
200	Cap. C.	28	4	25 febbraio 1879	27 novembre 1879 ore 3 pom.	12	13
201	Bert. C.	30	13	?	12 aprile 1879 ore 12,40	11	12
202	Gio. M.	43	12	?	14 marzo 1879 ore 3 ½ pom.	12	13
					SOMMA	35	38
					MEDIA	11,66	12,[illegible]

300 grammi *Tavola* XII.

D. Biparietale	D. Occipito bregmatico	D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
	9	11,50	7	7	31	35	37	12	10	27	27	54	4210
	8	10,50	7	7	30	34	37	11	8	23	25	48	4046
	9	10	6	7	31	35	38	13	10	25,50	26,50	52	4050
	26	32,00	20	21	92	104	112	36	28	75,50	78,50	154	12300
,66	8,66	10,66	6,66	7,00	30,66	34,66	37,33	12,00	9,33	25,16	26,16	51,33	4100,00

(*Continua*).

Istituto Ostetrico della R. Università di Modena

(Prof. CUZZI)

Due casi di recidiva di febbre da malaria dovuta al traumatismo del parto — per il Dott. Alessandro Cuzzi.

Osservazione I. — Donna di 40 anni, di discreta costituzione, è accolta in Clinica nel nono mese di gravidanza addì 22 aprile 1879 e segnata col N. 46.

Anamnesi. — Reumatismo poliarticolare acuto di media intensità a 12 anni, che lascia come reliquato una certa facilità alle palpitazioni; febbri a tipo intermittente da malaria a 14 anni incompletamente curate; prima mestruazione a 16 anni, della durata di otto giorni, senza dolore; le mestruazioni successive regolarmente ripetentisi per periodo e durata. Maritata a 20 anni, ebbe una 1ª gravidanza a 21 anni, che decorse senza disturbi di rilievo; parto a termine, spontaneo di bambino molto voluminoso, puerperio normale, allattamento protratto per 18 mesi; tre altre gravidanze susseguirono a 24, 26, 28 anni, nelle quali insorsero palpitazioni e fenomeni dispnoici man mano più intensi col progredire del numero delle gravidanze, ed aggravantesi specialmente durante l'atto del parto; i bambini, a termine o quasi, nacquero man mano, con ordine decrescente, meno sviluppati. Nuove febbri palustri da 28 a 34 anni; a 35 anni una 5ª gravidanza terminatasi con un parto abortivo al 4° mese accompagnato da notevole metrorragia; una 6ª gravidanza a 36 anni con dispnea, palpitazioni e tosse piuttosto intensa sopraveniente ad intervalli, terminatasi con parto pressochè a termine di bambino, che era un po' meno sviluppato di quello partorito nella 4ª gravidanza; allattamento per 14 mesi. Nel 1878 rimase di nuovo incinta; ultima mestruazione ai primi di agosto, moti attivi percepiti verso la metà di dicembre; tosse, dispnea, palpitazioni sopravenienti ad accessi nella seconda metà della gravidanza — epoca del parto segnata dal calendario metà di maggio.

S. P. rilevato coll'esame praticato nei primi giorni di Maggio — *Centri nervosi e dipendenze*: funzioni cerebrali, organi dei sensi, sensibilità generale, termica, ecc. affatto normale. T. 37. 2.

Apparato respiratorio: R. 24, torace ben fatto, dilatazione inspiratoria simmetrica, suono di percussione chiaro e non timpanico dappertutto, respiro vescicolare distinto, rantoli a grosse bolle qua e là, espettorato muco-salivare scarso.

Apparato circolatorio: P. 80, alquanto piccolo, area cardiaca leggermente aumentata, punta del cuore nel 5° spazio intercostale sinistro sulla linea papillare, suoni valvolari distinti, accentuato alquanto il tono sulle polmonari, sulla mitrale legger soffio sistolico alquanto aspro.

Apparato digerente: lingua detersa, appetenza, digestioni discrete, non meteorismo, leggera stitichezza, area epatica normale, area splenica notevolmente ingrandita, la milza deborda di 4 dita trasverse l'arco costale basilare sinistro, è indolente alla palpazione.

Apparato uro-poietico: emissione dell'urina normale, urine della quantità di 1400 c. c. nelle 24 ore, senza odore particolare diverso dal fisiologico reazione acida, densità 1024, senza albumina.

Apparato genitale: utero a forma ovale allungata verticale distinguibilissimo colla palpazione, il fondo è alla zona media sopraombellicale, acque in quantità normale, feto di medio sviluppo, battito cardiaco nel Q. I. S, vagina normale, collo uterino interamente rammollato, alquanto raccorciato, foggiato a campana, frangiato, permeabile facilmente al dito esploratore; presentazione V mobile all'ingresso del bacino, ampolla rettale mediocremente distesa, anomalia di conformazione dei genitali esterni. che per mancanza completa delle piccole labbra e clitoride sono ridotti ad una vera fessura alquanto beante, senso genetico conservato, perineo pochissimo sviluppato, mammelle discretamente ricche di ghiandola, capezzolo ben conformato e che alla compressione dà esito a qualche goccia di liquido lattiginoso.

Apparato cutaneo e locomotore: pelle e mucose pallide, panicolo adiposo e masse muscolari discretamente sviluppate, deambulazione buona, resiste poco alla fatica in causa della palpitazione, edema alle estremità inferiori e soprapubico, mancanza completa di edema alle palpebre e mani, pigmento cutaneo gravidico nei luoghi di elezione normale, pareti addominali con smagliature di antica data cedevoli e rilasciate senza sventramento, costruzione scheletrica buona, statura media, bacino normale (Sp. 240, Cr. 260, C. E. 195, Cir. pelv. 860, non si raggiunge il promontorio coll'esplorazione digitale).

Diagnosi: gravidanza semplice, uterina, nella 2ª XVª del 9° mese, in donna pluripara, ben conformata, anemica, affetta da leggera insufficienza mitrale e antico tumore splenico da impaludismo, e con genitali esterni e perineo incompletamente sviluppati.

Prescrizioni: ferro, arsenicali, caffè, modico esercizio, vitto nutriente.

Parto 6 maggio: 1° periodo 14 or. 2° p. 0,30′, espulsione spontanea di feto in pres. di V. in S. A, insorgenza di fenomeni dispnoici e palpitazioni nel 2° periodo, che si sarebbe terminato col forcipe per poco che avesse ancora durato, nessun sbrigliamento vulvare essendosi il perineo disteso per bene, segale cornuta e fasciatura addominale dopo il secondamento, che fu naturale, come preventivo di emoraggia post partum.

Puerperio. I primi 4 giorni affatto normali, temperatura oscillante fra 37 e 37 8, l'utero si riduce bene, evoluzione lattea in 3ª giornata, la donna allatta.

5° *giorno:* verso le 9 ant. perfrigerazione della durata di 15′, la temperatura va a 39, P. 100, R. 24; dopo il brivido senso di calore e più tardi sudore, emorragia nasale alle 11 ant., cefalea, senso di peso e leggero addolentimento alla palpazione in corrispondenza della regione splenica, ventre cedevole, utero indolente, lochi rosei e senz'odore, genitali sani, capezzoli e mammelle nulla di notevole.

Sera: T. 39. 8, P. 110, R. 24, traspirazione, condizioni generali come nel mattino.

Ore 8 p. T. 38. 6, P. 100.

6° *giorno:* mattina T. 37. 4, P. 86, R. 22. Senso di benessere, utero indolente, locchi normali, mammelle sane, continua l'allattamento.

Sera: T. 37, 7, P. 86, R. 22.

7° *giorno:* mattina T. 37. 2, P. 84 benessere, utero ben ridotto, locchi sierosi.

Sera: T. 40. 2, P. 108, faccia soffusa, cefalea, senso di calore, ebbe un brivido alle 11 ant. di circa 20′, di durata. Nulla di notevole all'utero, mammelle ed altri visceri.

Ore 8 p. T. 40. 5, P. 110, traspirazione.

8° *giorno:* mattina T. 37. 6, P. 90, benessere, nulla di notevole nella sfera genitale.

Sera: T. 37. 2, P. 84. Chinino gr. 1,50.

9° *giorno*: mattina T. 37. 2, P. 80. La donna fu apirettica fino al 19° giorno del puerperio, si è alzata in 15ª giornata.

Al mattino del 19° giorno, perfrigerazione, febbre (T. 39), addolentamento alla mammella sinistra per minaccia di mastite da probabile compressione dell'organo durante il sonno (nessuna escoriazione al capezzolo), che si dissipa rapidamente.

Viene dimessa il 31 maggio in discrete condizioni.

Osservazione II. — N. 45 del 1880. Donna di 34 anni, di robusta costituzione, viene accolta in Clinica il 6 Aprile nel 9° mese di gravidanza.

Anamnesi. — Nessuna malattia di rilievo da bambina; il primo beneficio menstruo comparve a 21 anni e proseguì irregolare nella durata (in media di circa tre giorni) e periodo, ed accompagnato da dolori irradian-

tesi ai lombi, bacino e coscie. A 20 anni andò ad abitare in paese paludoso, dove tre anni dopo venne colpita da febbri da malaria. Da questa epoca in poi sofferse tutti gli anni per alquanti giorni fino al 1876 febbre intermittente. Ebbe una 1ª gravidanza in detto anno con parto spontaneo a termine, e puerperio normale. Nell'anno successivo a questa gravidanza sofferse ancora per 20 giorni di febbre quotidiana iniziantesi con brivido. Non fece cura specifica. Nel 1879 rimase di nuovo incinta: ultima mestruazione al principio di luglio, primi moti attivi nella 1ª XVª di novembre, parto secondo il calendario nella 1ª metà di aprile. Gravidanza discreta.

S. P. Esaminata il 7 aprile si trova: *Centri nervosi e dipendenze.* Cefalee in gravidanza specialmente insorgenti nel corso della notte e più propriamente verso il far del giorno. T. 37.

Apparato respiratorio: torace ben fatto, dilatazione inspiratoria simmetrica, fonesi normale, murmure vescicolare distinto in tutto l'ambito toracico, qualche rantolo a destra. R. 20.

Apparato circolatorio: area ed impulso cardiaco normale, punta nel 5° intercostale sinistro sulla linea papillare, suoni valvolari distinti, nessun rumore patologico. P. 72.

Apparato digerente: lingua umida e detersa, appetenza, digestioni facili alvo libero, fegato nei confini, milza che deborda di 3 dita trasverse l'orlo costale della base toracica sinistra.

Apparato uro-poietico: escrezione urinaria normale, quantunque un po' frequente, urine in quantità pressochè normali, odore urinoso fisiologico, colore giallo-rossastro, densità 1021, acide, senza albumina.

Apparato genitale: utero ovale allungato verticale, in obliquità destra leggera, con fondo nella zona superiore sopraombellicale, acque piuttosto abbondanti, battito nel Q I S, collo interamente rammollato, permeabilità del condotto al dito, vertice fisso allo stretto superiore, spostabile alquanto, segni di pluriparità imenali, forchetta integra.

Apparato cutaneo e locomotore: costruzione scheletrica buona, statura media, bacino normale (circonf. pel. 900, Sp. 240, Cr. 270, Ob. D 225 Ob. S 235, C E 200, non si può raggiungere il promontorio) deambulazione buona, resiste bene alla fatica muscolare, pelle e mucose colorate, masse muscolari e panicolo adiposo normalmente sviluppate, pigmentazione gravidica normale, pareti addominali resistenti, con smagliature di antica data, nessun edema, ghiandole mammarie normali.

Diagnosi: gravidanza uterina semplice, nella 2ª XV.ª del IX.° mese in donna ben conformata con tumore splenico da antica malaria sofferta.

Parto: 8 aprile (1° per. ore 9. 25, 2° per. 2. 30) di feto voluminoso del peso di gr. 3130 lung. 48, nato leggermente asfittico, rianimato subito dopo il parto T. 37. 2, P. 64, R. 18, brivido fisiologico della durata di 10′, utero ben retratto, fasciatura addominale.

Puerperio. 1° *giorno:* mattina T. 38. 4, P. 80, R. 24. Ha dormito dopo

il parto, senso di benessere allo svegliarsi, cefalea leggera, respirazione disturbata alquanto da tosse insistente, impulso del cuore normale, addome cedevole, trattabile, indolente, urinazione spontanea, utero ad un dito trasverso sul bellico, leggermente dolente in basso lungo il bordo destro, qualche morso uterino, locchi siero-sanguinolenti, pudendo sano.

Prescrizione: acqua gommosa gr. 150, codeina centig. 10.

Sera, T. 38. 6, P. 80, R. 24.

Ore 8 pom. T. 38. 3.

2° *giorno:* tutto bene; tosse diminuita, mammelle flacide, T. 37. 1, P. 80, R. 24.

Sera T. 37. 8, P. 88, R. 22.

Ore 8 pom. T. 37. 6.

3° *giorno:* T. 37. 7, P. 80, R. 22. tutto bene, iniziasi la portata lattea.

Sera, T. 38. 8, P. 84, R. 24, perfrigerazione alla 1 pom. di 15′ di durata, cefalea frontale, tosse diminuita, lingua detersa, addome cedevole, indolente, una scarica abbondante, utero a due dita sotto il bellico, indolente, lochi grigiastri leggermente fetenti, genitali sani, prescrizione: chinino grammi 1.

4° 5° 6° *giorno:* tutto bene, apiressia (temp. oscil. fra 36. 8 e 37. 9).

7° *giorno:* T. 38. 3, P. 74, R. 20. Brivido alle 3 ant. della durata di 25′ m. notte discretamente dormita, cefalea, tosse leggera, respirazione tranquilla, cuore funzionante regolarmente, inappetenza, scomparsa ogni tensione mammaria, addome cedevole ed indolente, si sente la milza debordare di 4 dita trasverse dall'arco costale, ebbe una scarica, utero a 5 dita sul pube, indolente, locchi biancastri, senz'odore, chinino centig. 50.

Sera T. 37. 9, P. 70, R. 22.

8 pom. T. 37. 5, traspirazione.

8° *giorno:* sudori nella notte, senso di benessere allo svegliarsi, T. 37. 2, P. 64.

Sera, T. 37. 6, P. 72.

8 pom. T. 37. 7.

9° *giorno:* mattina, T. 38. 3, P. 68, senso di freddo di breve durata verso il mattino, utero a 4 dita, indolente, ben ridotto specialmente in senso trasversale.

Sera, T. 38, P. 72.

8 pom. T. 37. 5.

Il giorno dopo è apirettica; si alza in 11ª giornata, in 16ª giornata abbandona la Clinica. All'esame praticato prima di dimetterla si trova la milza sempre debordante di 4 dita trasverse l'arco costale.

Le due storie cliniche che ho minutamente riferito sono certamente interessanti a più riguardi, principalmente la prima, che si presterebbe ad utili considerazioni sulla influenza reciproca

delle cardiopatie organiche e della gravidanza, sull'incompleto sviluppo dei genitali esterni con la conservazione del senso genitale, e sul modo di proteggere il perineo quando è deficientemente sviluppato. Ma non sono questi i punti che io intendo rilevare essendo mia precipua intenzione richiamare l'attenzione sulla febbre che si svolse in entrambi i puerperi. A dire il vero la interpretazione dei fenomeni febbrili nelle due donne, massime nel 1° caso mi ha messo in serio imbarazzo, e probabilmente se io mi fossi trovato in una grande maternità, dove il materiale abbonda, dove per conseguenza il più assorbe il meno, e i fatti meglio appariscenti mascherano soventi gli altri, io non ci avrei pensato a lungo; ma in una Clinica piccola come quella che io dirigo (poco più di cento parti all'anno) si va facilmente nelle minutezze, e tutti gli episodi presentati dalle ricoverate vengono discussi con maggior rigore. E ciò anche perchè un professore di Clinica dovendo studiare i suoi ammalati con gli studenti si trova invitato ad entrare in certi dettagli a tutta prima poco importanti per il pratico; a ricercare con insistenza schiarimenti e spiegazioni là dove il pratico visto che la formola diagnostica non viene d'un subito netta e chiara si limita ad una semplice aspettativa; ad esaminare reiteratamente per la scarsezza del materiale clinico davanti alla scolaresca la stessa donna, anche se il processo morboso è poco importante, mentre il pratico invece, in vista della poca entità della malattia e della sua rapida evoluzione, distratto da altre cure e da altri pensieri, facilmente non vi presta a lungo la propria attenzione.

Rileviamo sommariamente i caratteri della febbre, che è scopo del presente lavoro interpretare, e le condizioni dell'organismo, nel quale essa si svolse. Nella 1ª puerpera abbiamo i primi quattro giorni di puerperio affatto normali; al mattino del 5° giorno accesso febbrile con insorgenza a freddo della durata di ¼ d'ora; dopo il freddo senso di calore ed emorragia nasale, addolentimento leggero della milza alla palpazione, e più tardi traspira-

zione. La temperatura in poche ore giunse a 39. 8. Nessuna lesione organica capace di spiegare la brusca insorgenza della febbre con un attento esame dei genitali, delle mammelle e degli altri visceri si potè rilevare. Il giorno dopo apiressia completa non spiegabile che in parte colla abbondante traspirazione della notte. Nuovo accesso febbrile il giorno dopo (7.°), che si inizia con un brivido alle 11 ant., quindi calore e traspirazione; condizioni locali genitali e mammarie, e degli altri organi punto in rapporto colla elevazione termica, che fu di 40. 5. In 8ª giornata nuova apiressia che venne mantenuta anche nei giorni susseguenti mercè l'amministrazione di un grammo e mezzo di chinino.

Il brusco erompere della febbre, con brivido, senza alterazioni viscerali capaci di spiegarla, poteva farci pensare ad una febbre traumatica, vuoi asettica, oppure settica, ma l'andamento intermittente di essa, il decorso della curva termica, evidentemente contraddice a questa idea diagnostica, la prima a venir in mente. Anche se il modo con cui venne regolata la dieta del puerperio fosse consentaneo col concetto di una *febris carnis*, quale la descrive il Jaccoud *(Trait. de Patol. intern.*, t. I, pag. 84), tuttavia l'essersi la febbre ripetuta dopo un giorno di apiressia basterebbe a farla escludere. Evidentemente anche con l'ammettere una effimera semplice non si sarebbe più fortunati. Non essendo possibile concludere in favore di una effimera, o di una febbre traumatica, o di un processo febbrile sintomatico di una affezione genitale, o mammaria, buone essendo d'altra parte le condizioni degli altri visceri, necessariamente si doveva ricercare in altra direzione, in una direzione affatto speciale, gli elementi capaci di renderci ragione del modo di decorrere del puerperio.

E pressochè in identiche condizioni ci troviamo anche nel 2° caso. Lasciamo in disparte l'elevazione termica del 1° giorno del puerperio che, ove lo si voglia, può ampiamente essere giustificata dalla maniera di comportarsi del puerperio normale medesimo.

Lasciamo anche in disparte l'elevazione termica del 3° giorno che è passibile di spiegazione coll'ammettere un legger assorbimento dell' escreto lochiale, che è appunto indicato come « *grigiastro e leggermente fetente* ». Ma dopo questa giornata abbiamo il 4°, 5°, e 6° giorno di completa apiressia; e dopo un'apiressia di 3 giorni insorge alle 3 ant., febbre con brivido, con addome cedevole, utero indolente, pudendo sano, mammelle e gli altri organi dell'economia in buone condizioni. Quindi un giorno di apiressia e poi nuovo accesso febbrile iniziantesi con freddo, susseguito da calore e sudore. Il giorno dopo nuova apiressia che non venne più disturbata.

Anche qui la febbre traumatica, la febbre effimera, la febris carnis, la febbre sintomatica di affezioni puerperali avrebbero poca fortuna e non potrebbero lasciarci soddisfatti nello spiegare l'elevazione termica osservata in puerperio. Anche in questo caso è necessario ricercare in altra direzione la spiega del processo febbrile che si ebbe campo di seguire passo passo col termometro.

Dice il Courty *(Trait. des malad. de l'uter.* Paris 1872, p. 689), che qualunque sia il punto invaso da un processo patologico, per ristretto che sia lo spazio sul quale la sua evoluzione si compie, per leggeri che siano i sintomi che ne tradiscono la presenza, un'affezione preesistente può approfittare di questo momento per cessare di essere latente, per estrinsecarsi e formare, se non la natura stessa dell' atto morboso intero, una delle sue più gravi complicazioni. Il che in altre parole esprime il concetto, che nello studio delle lesioni locali si debba fare la sua parte alle malattie generali, e quindi nello studio delle lesioni genitali del puerperio noi dobbiamo tener conto anche delle condizioni generali dell'organismo. Dall' anamnesi e dallo S. P. delle nostre due donne si rileva, che le medesime furono colpite da infezione palustre, e che la milza ingrossatasi non era ritornata alle sue dimensioni primitive, e persisteva voluminosa. D' altra parte il modo di de-

correre della febbre, oggetto delle nostre considerazioni, rassomiglia molto alla intermittente da malaria. È bensì vero che certe volte si vedono scoppiare accidenti febbrili a tipo intermittente per cause svariate: così si sono visti, al dire di Charchot *(Leçons sur les maladies des veillards*, 2.ª edit., pag. 24), nella suppurazione delle vie biliari da piccoli calcoli intraepatici insorgere accessi febbrili intermittenti, nei quali il principio di ciascun accesso era segnato da un brivido violento; così può sopravvenire una febbre intermittente in seguito al semplice cateterismo. Varii parossismi febbrili accompagnati da freddo e caldo in persone sensibili possono essere puramente di indole nervosa e non essere dovute per nulla alla malaria recente o da tempo resiedente nell'organismo. Ma evidentemente una volta riconosciuto il tipo intermittente della febbre, e l'esistenza di tumore cronico di milza da malaria, la prima ricerca da farsi era certamente quella di indagare se fra gli accidenti febbrili e la pregressa infezione, le cui manifestazioni febbrili erano da lungo tempo estinte, non vi fosse relazione. In altre parole era ragionevole domandarsi, se si trattasse di recidiva di febbre da malaria, senza che fosse avvenuto una nuova infezione palustre.

Io fui tratto a rivolgermi questa domanda, a considerare le cose sotto questo aspetto dalla lettura di una memoria di un autore francese il Manoury *(Etude clinique sur la fievre primitive des blessés*, Paris, 1877), il quale dice che a lato delle malattie intercorrenti manifestantesi accidentalmente nei *feriti*, se ne possono trovare altre, la comparsa delle quali è determinata dal traumatismo. Questo fatto, continua egli, già segnalato da lungo tempo e poi caduto nell'oblio, venne di nuovo studiato dal Verneuil, che richiamò su di esso l'attenzione col riferire che un individuo, affetto da antica infezione palustre, ricoverato nel suo comparto per una frattura del perone, venne colto la sera stessa della sua ammissione da un'accesso di febbre violenta, ed assai caratteristico. Assieme a questi *richiami*, come li chiama il

Manoury, di febbre intermittente, il Verneuil ha segnalato numerose osservazioni, nelle quali un traumatismo anche leggero fu sufficiente per provocare un attacco di reumatismo articolare acuto in un artritico. Questi risvegli di diatesi provocati dall'azione *eccitante* del traumatismo sono lungi dall'essere rari, e siccome essi possono in principio simulare una febbre traumatica, ed anche una pioemia, così importa al chirurgo di ben conoscerli per poter fare una prognosi esatta del caso clinico, al quale si trova di fronte.

A dire il vero io avevo a questo brano del lavoro del Manoury, letto fino dal 1877, dato poca importanza, quando la mia attenzione venne di nuovo richiamata sul risveglio delle diatesi per il traumatismo dalla lettura delle lezioni di Clinica Chirurgica di S. James Paget *(Leçons de Clinique Chirurgicale, trad. par Petit de l'Anglais.*, Paris 1877), che in quei stupendi articoli, dove svolge i rischi delle operazioni, dice appunto, che gli individui che soffrono di febbre intermittente, ad eguali condizioni, sopportono come gli altri le operazioni chirurgiche, ma durante la convalescenza può insorgere uno o più accessi febbrili, che rassomigliano a quelli che precedono la piemia. E aggiunge che se un ammalato ha altre volte sofferto di febbre intermittente, e che più anni dopo si eseguisce su di lui un atto operativo, la febbre intermittente può riprenderlo poco dopo il traumatismo operatorio, o dopo una perdita di sangue, o dopo qualsiasi altro accidente; di modo che ammaestrato dalla propria esperienza, che gli permise sovente di notare ciò, ogni qualvolta si trova di fronte ad un fatto clinico, in cui brividi intensi hanno susseguito un atto operativo, indaga gli antecedenti dell'operato dal punto di vista dell'impaludismo; ed ha qualche volta incontrato ammalati che in tali circostanze, in causa del lungo tempo passato dall'epoca in cui avevano avuto tali sofferenze, lo avevano del tutto dimenticato.

Io mi sono adunque domandato se non si potevano trapiantare

queste nozioni chirurgiche nel campo Ostetrico, e cercare di trovare colla guida delle medesime una spiega dei fatti clinici innanzi esposti, col considerare la puerpera come un ferito, e l'atto del parto come un vero traumatismo. Questo modo di considerare il parto non ripugna punto con il concetto che si ha in chirurgia della lesione traumatica, che colla scorta dello stesso Verneuil si può definire nel seguente modo: « *la lésion traumatique est une lésion externe ou interne, apparente o cachée, accidentale, locale, issue sans prèdisposition nécéssaire d'une violence exterieur ou d'une action physiologique exagérée, caracterisée par l'instantaneité de la cause, la production immédiate d'une solution de continuité dans nos tissus, l'apparition subite des modifications physiologiques ou fonctionnelles, le développement très prochain d'une irritation au point lésé, et la tendence naturelle à la réparation spontanée* ». (*Dict. encycl. des Scien. Med.*, 2ª serie, t. II, p. 211). L'idea di considerare la puerpera come un grande ferito è d'altra parte molto antica, avendo di già Junker, che visse ai tempi di Vanswieten, scritto: *puerperae tanquam vulneratae merito considerantur, quibus ex levissimis causis febres inflammatoriae accedere possunt (Hervieux, Traité Clinique et prat. des malad. puerp. suites des couch.*, pag. 22). E l'atto del parto è un vero traumatismo non solo quando è distocico, ma anche quando è fisiologico, perchè in entrambi i casi si hanno molteplici soluzioni di continuo, contusioni, depitelizzazioni ai genitali esterni, in corrispondenza della vagina, del collo dell'utero; l'endometrio dell'utero puerperale è ridotto si può dire ad una vera ferita cava, nella quale esistono grosse vene lacerate, che si trombizzano ecc. La terapeutica, che sta specialmente al lato pratico della scienza, riguarda già da tempo la puerpera come un ferito, ed il parto come un'operazione; e difatti dopo le innovazioni Listeriane del materiale da operazione e da medicazione gli Ostetrici si sono messi di buona lena a curare il parto e le *ferite* genitali ad esso consecutive cercando di adattarvi le medele anti-

settiche, e ciò tanto in Italia, come è facile convincersi con un semplice sguardo ad alcune pubblicazioni che in questi ultimi anni videro la luce specialmente negli *Annali di Ostetricia* e *Ginecologia*, nella *Gazzetta delle Cliniche di Torino*, nell'*Indipendente*, ecc., quanto all'estero, come ne fornisce una prova, tra gli altri, un lavoro inglese che ha visto da poco tempo la luce *(Atkinson-The therapeutichs of Gynecology and Obstetrics,* London 1880), nel quale è riassunto il modo di fare dei principali Ostetrici inglesi, americani e tedeschi.

Il Paget accenna come causa sufficiente per far insorgere accessi febbrili nelle persone affette da antica malaria, l'emorragia. Per questo motivo è bene anche ricordare, che durante il parto suole avvenire un'emorragia, l'emorragia *post partum,* variabile in quantità secondo i casi, la quale ha per effetto di impoverire il sangue della *neo-puerpera* diminuendo la quantità procentuale dell'emoglobina del 6 per cento circa (cifra media), come venne recentemente constatato da me e dal mio medico assistente, dott. Nicola *(Ricerche di cromocitometria e termometria ostetrica, Ann. di Ost. Ginec. e Ped.,* luglio ed agosto 1880). A ciò si aggiunga che l'atto del parto è un momento debilitante dell'organismo femmineo, perchè è una vera fatica muscolare, talvolta eccessiva, che spossa la donna anche per le sofferenze a cui dà luogo.

Col cercare di spiegare gli accessi febbrili osservati nelle nostre due donne come risvegli dell'antico impaludismo, rassomigliando la puerpera ad un ferito ed il parto ad un traumatismo, noi veniamo a metterci in contraddizione con quanto scrissero autori giustamente stimati. Così noi ci mettiamo in contraddizione coll'opinione del Quadrat, che crede godere la donna nello stato puerperale una certa immunità contro l'impaludismo, perchè in un'epidemia a Praga egli su 8639 casi fra gravide e puerpere ne vide solo due colpite da intermittente. Ora se avvi immunità per l'infezione palustre, si sarebbe portati a conchiudere

che il puerperismo debba essere nemico delle manifestazioni malariche già da tempo avvenute e da anni silenziose. Ma Lehman invece nell'Ospedale di Amsterdam dal 1850 al 1871 su 8686 parti vide 182 casi di intermittente, e quindi le colpite furono in proporzione del 2, 1 circa per cento, senza contare i casi più leggeri. Ritter vorrebbe spiegare i risultati contradditorii delle osservazioni del Quadrat in confronto di quelle del Lehman coll'ammettere che la immunità, quando la si osserva, è solo apparente, perchè negli ultimi mesi della gravidanza la donna si espone meno alla infezione. Ma siamo anche più esatti: nel caso nostro non si tratta di una infezione novella, che deve avvenire in gravidanza o in puerperio, ma bensì di manifestazione in puerperio di accidenti palustri per infezione antica, e da lungo tempo silenziosi. Sappiamo che gli accidenti palustri, che ponno complicare piaghe e ferite, sono generali (febbre) e locali (emorragia, nevralgie, fagedenismo); fra tali accidenti noi dobbiamo considerare ora i febbrili o generali. Or bene tenendoci strettamente in questi confini noi ci troviamo sempre in certo modo in contraddizione colle vedute dell'Hirtz *(Art. Intermittentes - fievres - in Dict. de Med. et Chir. prat.*, vol. XIX, Paris 1874), che scrisse: « *la periode puerperale n'offre rien de particulier a noter ni* » *comme predisposition, ni comme immunité* ». Ora le conclusioni del presente scritto ci porteranno ad asserire, che nel puerperio avvi qualche cosa di particolare riguardo all'impaludismo degno di nota; cioè che le sue manifestazioni ponno trovare favorevole terreno per il loro sviluppo in tale periodo della vita generativa.

Io voglio cercare di provare che gli accidenti febbrili scoppiati nelle nostre puerpere si debbano considerare come legati all'antico impaludismo colle stesse parole dell'Hirtz, che stralcierò a brani del lavoro più sopra citato: « ..... l'apiressia franca, » completa, che fa seguito ad un accesso di febbre subitanea, » senza alcuna localizzazione allo infuori di un gonfiamento sple- » nico, indica l'intermittenza palustre; e ciò specialmente se un » accesso simile è di già preceduto..... »

« ..... Gli accessi di febbre intermittente non scoppiano
» indifferentemente a tutte le ore del giorno; la maggior parte
» dei parossismi avvengono fra mezzanotte e mezzogiorno, so-
» venti al mattino, raramente dopo mezzogiorno, però talvolta
» anche verso sera..... »

« ..... Le recidive di febbre intermittente sono qualche
» volta il risultato di novella infezione, più soventi sono la ma-
» nifestazione di una antica malaria incompletamente guarita. I
» nuovi accessi si sviluppano con la stessa regolarità e seguendo
» gli stessi periodi degli accessi antecedenti. Altre volte invece
» gli accidenti febbrili sono irregolari. Questi accessi sono so-
» venti sostenuti da cause esterne, alle quali questi individui
» sono assai sensibili..... »

L'Hirtz è autore giustamente stimato, e quanto egli ci ha lasciato ha meritatamente grande peso; contro una sua proposizione in opposizione colle tendenze di questo lavoro, ho quindi creduto conveniente opporre altre proposizioni egualmente sue. E mi pare che dette proposizioni facciano completamente al caso nostro; difatti la febbre in entrambe le puerpere fu subitanea, e senza localizzazione viscerale tranne una tumefazione della milza; il decorso febbrile non si ridusse ad uno, ma fu rappresentato da più accessi nella stessa donna; i parossismi si iniziarono nella prima metà della giornata; uno stato di apiressia franca e completa sussegui al parossismo; infine qui la recidiva di intermittente, (schiarimenti più a proposito non si potevano trovare), non fu dovuta a novella infezione, bensì a manifestazione di infezione avvenuta già da tempo. Il risentimento doloroso alla regione splenica nella prima delle nostre puerpere deve sicuramente essere anch'esso tenuto in conto trattandosi di rischiarare la diagnosi. Vi fu anche nella medesima puerpera emorragia nasale: mi soffermerò a discutere questo fatto più innanzi. Infine l'andamento veramente *classico* degli accessi può essere un altro argomento in favore di questo modo di vedere; difatti come

dicono Tommasi-Crudeli e Klebs *(Studii sulla natura della malaria,* Roma 1879) l'intermittenza regolare degli accessi febbrili e la produzione di tumefazioni della milza coi caratteri anatomici proprii delle iperplasie spleniche malariche, bastano a distinguere questa forma morbosa da tutte le altre. L'irregolarità però dei medesimi, è bene notarlo, non si sarebbe potuto considerare come un argomento in contrario, perchè lo stesso Hirtz dice, che soventi gli accidenti febbrili sono irregolari, concordando in ciò con l'opinione del Ritter, che crede il ritmo degli accessi durante il puerperio farsi irregolare. Da ultimo giova anche fino ad un certo punto alla nostra tesi il ricordare l'antico aforisma « *naturam morborum curationes ostendunt* » essendo stato dato il chinino, che troncava completamente gli accessi.

L'ammettere queste recidive di malaria per l'influenza del parto nelle puerpere, come già è stato fatto per i feriti, non ripugna punto colle idee della moderna fisio-patologia. Lasciando in disparte la natura intima della malaria, che gli stupendi studii di Tommasi-Crudeli e Klebs hanno dimostrato essere dovuta al *Bacillus malariae (vedi lav. cit.),* noi sappiamo che ammalano di intermittente più spesso gli individui deboli ed anemici; Sebastian dice che le donne vengono colpite da febbri epidemiche verso l'epoca della mestruazione. Ma secondo l'Hirtz *(Patolog. e terap. med. di Ziemsen,* vol. 2°, parte 2ª, Capit. *infezioni da malaria)* la massima disposizione a contrarre la malaria è senza dubbio riposta nell'essere l'individuo già stato colpito da febbre intermittente: ciò porta a conchiudere che dopo la prima malattia si residuino nell'organismo alterazioni a noi ignote, le quali hanno decorso latente, e richiedono solo una lieve spinta per dar luogo a nuovi sintomi morbosi, e solo man mano scompariscono completamente purchè non si verifichi una nuova infezione. Possiamo quindi parlare di una specie di *latenza* della malaria nel nostro organismo, latenza che può essere *primitiva* o *secondaria.* Primitiva quando fra l'avvenuta infezione e lo erom-

pere degli accidenti passa un tempo molto lungo, dimodochè l'individuo può aver lasciato già da mesi e mesi il luogo della malaria al momento in cui compaiono gli accessi. In qualche caso questa latenza primitiva, che mi sembra molto analoga all'incubazione (che sappiamo in media essere di 14 giorni, ma che può durare anche pochissimo essendosi visti gli accessi talora manifestarsi immediatamente dopo l'influenza nociva) si è vista prolungarsi per 6, ed anche 10 mesi (Fiedler). L'Hirtz però dice, che questi casi non resistono ad una critica rigorosa, ed è d'opinione che si debba limitare la latenza primitiva ad un mese al più. Latenza secondaria quella presentata da individui, che soffrirono di febbre palustre, poi ne rimasero immuni per molti mesi, e dopo un certo tempo, vivendo d'altra parte in contrade perfettamente sane, perfino su alti monti, furono di nuovo colpiti dalla malattia. Sono, queste novelle manifestazioni dell'antico impaludismo, vere recidive della malaria ridestatasi nell'organismo sotto l'influenza di cause talvolta di poca entità ed in genere debilitanti (indigestioni, raffreddori, fame, sete, perdita del sonno, sforzi fisici ed intellettuali, patemi d'animo, spavento, indisposizioni, mal di mare, cangiamenti di temperatura ecc.). Ora non si vorrà certo contrastare dopo tutto quello che abbiamo detto, dopo i risultati citometrici riferiti, che il parto, vuoi per l'emorragia a cui dà luogo, vuoi per il dispendio di forza muscolare che richiede, vuoi per il patema che ingenera nell'animo, vuoi per il dolore che origina, o per la perdita di sonno, cui talvolta fa sottostare la partoriente, non sia un momento debilitante dell'umano organismo; e come tale può adunque rendere attiva o lasciar prendere il sopravvento alla malaria silenziosa, che da tempo ha colpito la donna, in modo da provocare novelli accessi.

Una volta accettata l'analogia di una donna in puerperio con un ferito, noi possiamo trovare argomenti in favore del nostro asserto in pubblicazioni chirurgiche, che videro la luce in Francia ed in Inghilterra per opera di Verneuil e di Paget e dei loro

allievi; pubblicazioni che non si limitarono a ricercare solo il rapporto fra traumatismo ed impaludismo, ma che estesero la loro cerchia di studio all'influenza reciproca fra traumatismo e malattie costituzionali. Il Berger *(de l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lesion traumatiques — these pour l'aggregation*, Paris 1875) che ha raggruppato con ordine le malattie costituzionali per studiare la loro influenza sulle lesioni traumatiche (1) dice, che il traumatismo ponendo l'organismo in condizioni nuove, disturba l'equilibrio delle funzioni e può provocare una manifestazione periodica in chi sofferse già da tempo la malaria. Ed in appoggio di questa asserzione riporta diverse osservazioni, le quali dimostrano il sopravvenire dell'accidente periodico in individui nei quali la malaria sembrava da lungo tempo estinta. Questi fatti, continua il Berger, provano anche che l'impaludismo può rimanere *allo stato latente* per un periodo di tempo soventi lungo e che il Chirurgo avrebbe torto di negligentare la ricerca e la cura della affezione costituzionale ogni qualvolta sopraggiungano accidenti periodici locali in corrispondenza della ferita durante la cicatrizzazione, o generali. A Roma difatti secondo Mazzoni *(Congrès med. internat. de Paris* 1867*)* le complicazioni risultanti dall'impaludismo sostituiscono negli operati l'infezione purulenta e la risipola, che regnano negli altri siti.

---

(1) Ecco la classificazione delle malattie costituzionali data dal Berger:

I. — *Malattie diatesiche:* 1° Artritismo (gotta e reumatismo); 2° Erpetismo; 3° Scrofola; 4° Cancro.

II. — *Intossicazioni:* 1° per inoculazione di un virus animale (sifilide, affezioni carbonchiose; farcino-morbose, ecc.); 2° per l'azione di un miasma vegetale impaludismo; 3° intossicazioni propriamente dette (alcoolismo, intossicazione mercuriale, ecc.).

III. — *Cachessie:* 1° Glucosuria; 2° Albuminuria; 3° Leucemia; 4° Scorbuto, ecc.).

Ho creduto opportuno riportare questa classificazione perchè si potrebbe pensare di fare in Ostetricia quanto si è fatto e si sta facendo in Chirurgia, e che consiste nell'ordinare le osservazioni degli antichi, e raccoglierne delle nuove.

Anche in altre malattie costituzionali si trovano fatti che rischiarano la questione che stiamo discutendo. Nessun' altra malattia costituzionale offre forse una rassomiglianza così profonda colla malaria come la sifilide dal punto di vista dei loro rapporti col traumatismo. L. Enri Petit *(de la Syphilis dans ses rapports avec le traumatisme,* Paris 1875) si è posto, fra gli altri, il seguente problema: un individuo sifilitico è ferito in un momento in cui è affatto immune da ogni manifestazione locale diatesica; la ferita provocherà l'apparizione di lesioni dipendenti dalla malattia costituzionale? Nella 6ª delle sue conclusioni generali dice, che sopravvenendo in un sifilitico, colla diatesi allo stato latente, un traumatismo, possono venir in scena accidenti sifilitici sia in corrispondenza della regione ferita (*manif. locali*) sia in una regione del corpo lontana dalla ferita *(manif. a distanza*), od anche su di una superficie piuttosto estesa del corpo (*manif. generali).* E tali accidenti possono essere provocati tanto nel periodo secondario quanto nel terziario (*Concl.* 7ª). La diatesi sifilitica difatti' come la malaria, curata o non, può rimanere *latente* un certo numero di mesi ed anche di anni, per risvegliarsi sotto l'influenza del traumatismo con accidenti locali o generali. E non solo sotto l'influenza del traumatismo, ciò può succedere, ma eziandio per l'azione di cause debilitanti anche leggere; ho visto per ben due volte sopravvenire un'eruzione papulosa caratteristica in un sifilitico, stato sottoposto a cura, in seguito a viaggi non molto faticosi in ferrovia, intrapresi in momenti in cui non esisteva alcuna manifestazione specifica, e la diatesi sembrava estinta. Quante volte un bagno solforoso non ha fatto comparire una roseola sifilitica?

Non è forse fuori di luogo ricordare il seguente fatto riferito dal Macario *(Gazz. med. de Paris* 1857, *riassunto dall'Hirtz, loc. cit.*) che prova come vere forme larvate di intermittente abbastanza gravi possano comparire in puerperio; detto caso riguarda una donna IIpara, puerpera da due giorni, nella quale senza cause

note insorse formicolio ai piedi, che si diffuse fino alle coscie, tronco, arti superiori, con paralisi e anestesia, e paralisi anche della lingua; sintomi tutti che si ripeterono tre volte con tipo quotidiano, e che furono completamente fugati col chinino.

Un'ultima riflessione: se Torti ha visto febbri malariche, che sembravano guarite, recidivare per l'influenza di un purgante (*Moriez: de l'impaludisme dans ses rapports avec les lesions traumatiques*, *these pour le doctorat*, Paris 1876, N. 202), se si è osservato la stessa cosa nelle stazioni termali per l'influenza del primo bagno, se Ramazzini (*Costituzioni epidemiche rurali*, ann. 1690, parag. 90 e 91) ha constatato la stessa recidiva in seguito a salassi, è logico l'ammettere che il parto, durante il quale abbiamo soventi una perdita di sangue superiore a quella dei semplici salassi, possa esercitare la medesima influenza.

Mi confortano infine nel mio modo di vedere la questione in esame anche le seguenti considerazioni. Quando nel 1879 venni a conchiudere che la febbre del puerperio dell'Osservazione I^a^ si doveva considerare come recidiva di manifestazione periodica da malaria antica, quantunque profondamente convinto della giustezza della diagnosi, io non ardii rendere di pubblica ragione il caso, che credevo allora *unico*, non perchè si potesse ad esso applicare l'*unus nullus*, ma invece per la riflessione, che avrei potuto essere incorso in errore nella valutazione dei fenomeni morbosi, ed anche perchè prima di giungere a conclusioni fisio-patologiche importanti, è bene che i fatti clinici siano il più che si possa, in numero plurale. Parlai però della cosa con qualche Ostetrico, ed il Dott. Negri, Assistente alla Scuola di Ostetricia di Milano, or non è molto mi diceva di aver raccolto nell'Ospizio di S. Caterina, dopo che la sua attenzione era stata rivolta in tale direzione, in breve tempo quattro casi favorevoli all'interpretazione, che io avevo dato del fatto clinico osservato nella Scuola Modenese. Nel 1880 fui abbastanza fortunato di imbattermi nella donna di cui è oggetto all'Osserv. II^a^. Deciso allora a rendere di pub-

blica ragione i fatti da me raccolti, mi procurai diversi lavori di indole chirurgica scritti specialmente dagli allievi del Verneuil, nei quali speravo di trovare argomenti favorevoli per la mia tesi. Ed ebbi veramente la mano felice nella scelta, perchè nella tesi del Moriez (loc. cit.), in cui si parla degli accidenti palustri che complicano più frequentemente i traumatismi, vien detto esistere uno stato speciale che si avvicina notevolmente al traumatismo operatorio, che è rappresentato dalla donna puerpera. E più innanzi si trova scritto che: « non è raro vedere febbri intermit-
» tenti venire a complicare il puerperio in paesi da malaria, o
» nelle donne che avevano di già sofferto di impaludismo. Godi-
» nat (*Considerations sur les fievres palustres, these de Paris*, 1872)
» ne cita qualche caso, e Duboué de Pau (*De l'impaludisme, Pa-*
» ris 1867, *Observ. VIII, IX, X*), ne riferisce parimenti parecchie
» osservazioni, ecc. »,

Stimai inutile estendere le ricerche bibliografiche, perchè mentre mi convincevo sempre più della esattezza del diagnostico fatto, l'interesse dei fatti clinici riferiti cessava quasi del tutto dal punto di vista « *originalità* ». Ho creduto tuttavia non fosse inutile pubblicarli perchè la conoscenza del concetto fisio-patologico, che da essi si può dedurre nello stato puerperale, mi pare poco diffusa; perchè noi viviamo in un paese dove la malaria trova, fra le nazioni Europee, la massima estensione (parte del Piemonte, Lomellina, Lombardia, Venezia, maremme toscane, Agro Romano, Napoletano, ecc.); perchè l'argomento non mi pare esaurito, ed è bene che ciò venga fatto dagli Ostetrici, essendosi finora, degli accidenti che ponno susseguire all'impaludismo, in Ostetricia studiato pressochè esclusivamente la febbre, senza tener conto delle emorragie, delle nevralgie a tipo intermittente, ecc. È riconosciuto che la febbre traumatica in un ferito può essere modificata dalla infezione palustre, quantunque più frequentemente una febbre nuova tradisca la malaria e decorra indipendentemente dalla traumatica, che può

seguire il suo ciclo regolare; oggidì che è forse utile fare per l'Ostetricia in Italia quanto Volkmann e Genzmer hanno fatto in Chirurgia per la febbre traumatica settica ed asettica (*A. Genzmer e R. Volkmann — Sulla febbre traumatica settica ed asettica, raccolta di conferenze*, N.° 110, Napoli 1880), il presente lavoro ricordando ciò può giungere non affatto inopportuno.

Ho detto più sopra, ed ho ripetuto or ora, che fra gli accidenti, che possono essere occasionati dalla malaria, si trovano le emorragie. Fermiamoci un momento su questo punto, che può renderci ragione di qualche fenomeno osservato in uno dei nostri casi clinici. Il fatto è perfettamente stabilito in Chirurgia e non deve recar stupore perchè si osservano anche emorragie spontanee nelle febbri intermittenti. Delpech in un caso di cistotomia in 8ª, 9ª, 10ª giornata dall'atto operativo eseguito in un momento in cui dominavano febbri da malaria, vide avvenire dal tramite della ferita perdita sanguigna, preceduta da brivido marcato, che si potè guarire col chinino; in un altro caso, in cui era completamente mancante ogni manifestazione periodica, osservò per ben tre volte di seguito, dopo l'ablazione di un polipo, un'emorragia vaginale, che parimenti venne domata col chinino; Doboué de Pau constatò un'emorragia intermittente consecutiva ad un'operazione di fistola vescico-vaginale; Mondoni riferì un fatto consimile, in seguito allo strappamento di un dente, nel Raccoglitore Medico del 1849; Deriaud nella sua tesi (*De l'impaludisme et du traumatisme,* Paris 1868) ci narra un'osservazione de Verneuil, nella quale l'emorragia si complicava con dolori nevralgici. Queste emorragie, che hanno per causa i disturbi vasomotori, e le variazioni di pressione endovasale, sono tutte in rapporto coll'impaludismo antico o recente, che agisce come predisposizione, e colla soluzione di continuo terapeutica od accidentale, che agisce come momento occasionale. Bouchard fa godere una gran parte nella spiegazione al brivido iniziale, che fa contrarre i vasi della periferia, donde aumento della pressione sanguigna; si è allora, o

più tardi per il consecutivo rilasciamento delle tonache vasali, che si può vedere prodursi le varie emorragie. Ma non sempre il brivido si osserva; del resto la fragilità dei vasi recentemente formati nei tessuti di granulazione secondo Berger favorisce singolarmente la rottura vascolare durante un aumento momentaneo della tensione sanguigna. Se si verificano sotto l'influenza della malaria emorragie dalle soluzioni di continuo accidentali o chirurgiche, perchè non potrà avvenire lo stesso dalle superficie delle lesioni occasionate dal parto? L'abbondante emorragia che al dire della donna dell'Osserv. I^a accompagnò il parto abortivo al 4° mese, col quale si terminava la sua 5ª gravidanza, non si può mettere in questa categoria? È una semplice supposizione, che però si può ricordare, poichè siamo su questo terreno, tanto più conoscendo che il parto abortivo in tale mese della gravidanza non si accompagna a metrorragia imponente. Comunque siasi, quando si presentasse favorevole l'occasione, sarebbe utile tener nota di questa veduta; ed intanto, in vista della analogia delle cose ostetriche colle chirurgiche, non credo sarebbe eccesso di prudenza il pensare alla possibilità di un'emorragia post partum, ed anche dopo, in una donna affetta da malaria antica o recente, ed il mettere in opera i mezzi valevoli per prevenirla, come si fa nell'albuminuria, nelle cardiopatie, ecc. (segale, fasciatura addominale e via dicendo). L'emorragia nasale verificatasi nella stessa puerpera nello stadio del calore del 1° accesso, si deve ritenere della natura delle emorragie spontanee, che si osservano appunto nelle febbri intermittenti; ed a tale titolo deve essere collocata vicino alle emorragie intermittenti renali, che guarirono col solfato di chinino, di cui ci hanno parlato Rayer, Bottex di Lione, ecc. Incoraggia a considerarla come tale il fatto dell'essersi la medesima comportata all'unisono con quanto suole verificarsi appunto in queste emorragie, che, se viscerali, avvengono durante il periodo del freddo, se periferiche durante il calore od il sudore. Prima di abbandonare l'accidente « *emorragia* »

dell'impaludismo desidero fare un'altra considerazione, che mi suggerisce la lettura della tesi del Moriez (loc. cit.) là dove dice, che alcune osservazioni di Coccud (*Recueil de memoir de med. Chir. et Pharmac. milit.*, t. XVII, 1866), hanno provato, che la malaria invece di giungere fino all'emorragia può dar luogo a semplici congestioni, le quali ponno essere il primo gradino per lo sviluppo di una flogosi in tessuti, i quali per il fatto del traumatismo vi sono già notevolmente predisposti. Non si potrebbe allo stesso titolo veder sorgere in puerperio affezioni infiammatorie del canale genitale?

Le nevralgie costituiscono un altro accidente periodico della malaria certamente meno importante per il nostro lavoro degli altri due già passati in rivista. Sarò quindi breve. Si sa con quale frequenza si osservino nelle donne le nevralgie periodiche sia spontanee che provocate dal traumatismo. Verneuil ci ha dato l'osservazione di una operata di esportazione mammaria, che fu colpita da fenomeni dolorosissimi della ferita sopravvenienti ad accessi in modo periodico, che furono fugati col chinino. Weir Mitchell dice che le nevralgie traumatiche a tipo intermittente si incontrano anche nel moncone degli amputati, dove in genere assumono il tipo quotidiano. Nei tempi in cui ero assistente alla Clinica Ostetrica di Torino ho visto il mio maestro, il prof. Tibone, combattere le cefalee periodiche con successo col mezzo del chinino, non solo durante la gravidanza, ma anche in puerperio; ed ora pensandoci bene sono d'avviso, che alcune di dette cefalee si debbano ritenere quali accidenti periodici da malaria ridestatisi in puerperio per il fatto del traumatismo del parto. E credo anche che le cefalee insorgenti specialmente di notte durante l'ultima gravidanza nell'Osservazione II^{a}, non siano altro che una manifestazione palustre, che non si ebbe tempo di studiare in Clinica per avere la donna partorito alcuni giorni dopo la sua ammissione.

Viene anche da alcuni segnalato il tetano come un prodotto

possibile della malaria; altri hanno studiato il fagedenismo che si manifesta nelle piaghe degli individui affetti da cachessia palustre. Ma sarebbe evidentemente voler uscire dai limiti che mi sono imposti dal materiale clinico che ho a mia disposizione l'occuparmi di questi altri argomenti. Piuttosto farò un' ultima considerazione sul prodotto del concepimento. Nelle donne che soffrirono di manifestazioni malariche durante la gravidanza, qualche volta si sono osservati casi di affezioni intrauterine del feto dovute alla malaria. Ne cito qualcuno a caso: Playfair ha visto da una donna, affetta durante la gravidanza da accessi di intermittente, nascere un bambino con milza enorme, che non ebbe febbre prima di due anni; ma restò pallido e cachettico; Bazin (*Gazette des Hopit.* 1871, N. 72) narra di fanciulli venuti alla luce con edema ai piedi e milza ingrandita nei quali si osservarono alternative di caldo e freddo, di arrossimento e pallore della cute, poi edema ai piedi e faccia, fenomeni tutti che cedevano al chinino per recidivare però una o più volte; Duchek ha notato tumore splenico e pigmento nel sangue della porta di un bambino nato parimenti da donna colpita da malaria, ecc. I bambini partoriti dalle nostre due donne nacquero affatto sani; su di essi quindi lo impaludismo latente nell' organismo materno non ebbe alcuna influenza.

Credo inutile trarre dal presente lavoro conclusione di sorta, perchè lo scopo suo è segnato si può dire in ogni pagina. Terminando mi auguro che anche in Ostetricia, come spera il Verneuil per la Chirurgia, giunga un giorno, in cui l' Ostetrico descrivendo uno stato costituzionale od una malattia generale non si dimentichi mai di pensare alla influenza reciproca che dette malattie e lo stato puerperale possono esercitare fra loro.

Dall'Istituto Ostetrico di Modena 25 *Luglio* 1880.

NOTIZIE COMPENDIATE

Terapia della rottura d'utero. — I cattivi risultati ottenuti colla laparotomia e consecutiva resezione e cucitura dei margini della breccia uterina indussero Schroeder a limitarsi all'applicazione di un tubo di drenaggio e conseguente irrigazione fenica. Richard Frommel pubblica ora in due memorie tre casi di rottura uterina trattati felicemente con tale metodo (Vedi *Zeitschrift f. Gebürts. u. Gynaek.* V Bd. 2 H, pag. 400 e *Centralblatt f. Gynaek,* N. 18, 1880). A tale proposito riportiamo il sommario di una osservazione, in cui eguale trattamento messo in opera dal Prof. Chiara era coronato da esito egualmente felice. Essa venne pubblicata dal Dottor Chiarleoni, Medico Assistente di allora, nell'*Osservatore delle Cliniche*, 1874. Eccola: *Presentazione di faccia — F. I. S. A — Arresto del moto di rotazione interna — Forcipe a domicilio — Morte del feto — Craniotomia — Estrazione colle dita — Rottura degli sfondati laterali della vagina — Enorme mortificazione dei tessuti pelvici — Drenaggio e irrigazioni endo-addominali — Guarigione con residuo di una doppia fistola vagino-vescicale o vagino-rettale.*

Nuovo metodo operativo nei casi di tumori sotto-mucosi. — Venne messo in opera da A. Martin il 24 del p. p. maggio nella sua policlinica, a proposito di un vastissimo tumore sotto-mucoso nella parete posteriore. Praticata la laparotomia venne inciso l'utero come nel taglio cesareo; incisa indi la mucosa della parete posteriore unitamente a un sottile strato di fibre muscolari, venne snucleato il tumore. Ognuna delle tre ferite venne chiusa con sutura profonda e superficiale. Notisi che avendo anche le ovaie ingrossate ed una in via di degenerazione cistica vennero esse pure esportate. — La guarigione coronò l'ardito procedimento (*Burchardt. Beitrag zur Therapie der Uterus fibromyome-Separatabdruck aus der deutschen Medicinischen Wochenschrift,* N. 27, 1880).

Amputazione cesarea utero-ovarica. — I. Veit Gustav. (28 gennaio 1880). — Donna osteomalacica — affondamento del peduncolo, previa legatura dei legamenti larghi e sutura del moncone uterino — morte — bambino vivo. L'autore si propone alla prima occasione di seguire lo stesso processo — nella memoria ricorda come Michaelis l'avesse proposta per togliere la donna al pericolo di una nuova gravidanza (*Zeitschrift f. Gebüstrh u. Gynaek.* V Bd. H. 2, pag. 256).

II. Barnes R. (1877). — Fibromi uterini, complicanti la gravidanza giunta a due mesi e mezzo — fenomeni di compressione degli organi pelvici — riduzione non riescita — gastrotomia ed amputazione uterina — morte 30 ore dopo l'operazione (St-George, *Hosp. Nep.* 1877 e Lefour, *Des fibromes utérins au point de vu de la grossesse et de l'accouchément,* 1880).

III. Kaltenback (2 marzo 1880). — Fibromi multipli complicati da una gravidanza in quinto mese — fenomeni di compressione — respinta come troppo pericolosa la provocazione dell'aborto — laparotomia — amputazione sopra-vaginale dell'utero — il peduncolo venne fissato all'angolo inferiore della ferita addominale — guarigione (*Centralb. f. Gynaek.* N. 15, 1880)

IV. Ci consta che il Prof. Pasquali di Roma operava con esito infausto in questi ultimi tempi una rachitica di taglio cesareo col metodo Porro.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Volume II. Ottobre 1880 N. 10.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

NONO CONGRESSO
DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA
IN GENOVA

Conferenza tenuta nel Ridotto del Teatro Carlo Felice la sera del 15 settembre dal Prof. Domenico Chiara sull'argomento *Un vecchio istrumento della pratica-ostetrica.*

Signori,

Più che ardita, è una impresa temeraria e azzardatissima la mia, quella di portare la parola sopra un umile, *vecchissimo* argomento di ostetricia dinnanzi a un'accolta di sì egregi colleghi che la natura degli studi e dell'arte professata spinge naturalmente, necessariamente verso tutto ciò ch'è nuovo e che ha veste e sostanza di progresso! Pertanto voi comprenderete le peritanze e i dubbi che ancora qualche minuto fa mi assediavano, come comprenderete la incertezza in cui mi sto per decidere se debba ringraziare la benemerita Commissione ordinatrice del Congresso e il suo illustre Presidente per l'onore assai pericoloso che mi fecero disponendo perchè toccasse a me inaugurare queste Conferenze.

Ma poi pensato che nel pensiero della Commissione queste Conferenze devono essere essenzialmente pratiche, ricordato che *pratico* e *nuovo*, *pratica* e *novità*, sono termini che, sotto un certo aspetto, si escludono, fatta la riflessione che come per le religioni è vera per la medicina pur essa la sentenza di Rénan che « *sans* « *la marche et le progrès rien n'existe veritablement, et sans l'esprit* « *conservateur il n'y a rien de solide* », infine accolta la convinzione della vostra somma benevolenza, mi feci animo per vincere le mie dubbiezze, e venni!

Signori, colui che nella nostra Italia porta lo scettro dell' arte musicale, messo un giorno nella stretta di dover porgere consigli per l' incremento e il progresso degli studi musicali, scrisse la famosa sentenza che, se ben ricordo, suona « *torniamo al vec-* « *chio, torniamo all'antico* ». Ora, o signori, come la mia autorità nelle cose ostetriche è immensamente più piccola di quella del *cigno* di Busseto nella musica, così lo scopo mio sarà immensamente più modesto di quello che s' informa dalla sentenza Verdiana; io non tenderò, è bene dichiararlo subito, a una sentenza sì fatta.

Senza nulla ripudiare nè colle parole, nè co' fatti, tutto quanto si presenta con gli attributi del vero progresso (1), io mi assunsi il compito, che ridico modestissimo, di mostrare che non tutto quanto si trova nel vecchio armamentario di Lucina, va gittato come inutile, anzi come dannoso, ma che invece v' ha tuttora qualche istrumento verso il quale dovremmo noi ostetrici serbare quella deferenza amorevole che avremmo verso un vecchio servitore del quale si sia sperimentato in molte contingenze la bontà, la modestia, e la fedeltà. Da parte mia, o signori, mi lasciai sempre dominare da cotesto sentimento, e non ebbi che a

(1) Si allude alla esposizione medica nell'Ospitale di Sant'Andrea (duchessa di Galliera) dove la Scuola Ostetrica di Milano figura con 6 fotografie di operate di ovaro-isterectomia cesarea, e 6 teste di feti estratti con la cefalotrissia eseguita mediante il piccolo cefalotritore di Guyon.

lodarmi; adunque se questa sera, in questa solenne occasione, con quella poca autorità che può venire da una profonda convinzione confortata da numerosi fatti, vengo *a rompere* ancora una lancia in favore del vecchio, sprezzato e temuto *uncino ostetrico*, mi sento mosso a farlo, in fondo in fondo, più dalla gratitudine per i servigi resimi dal modesto istrumento, che da qualsiasi altro sentimento.

Signori, quantunque volte l'ostetrico, alle prese con un forte ostacolo meccanico al parto, non più trattenuto, per una ragione o per l'altra, da considerazioni imperniantesi sulla vita del feto, nè da qualche indeclinabile indicazione al taglio cesareo, si decide per la *brefotomia* o *embriotomia*, egli, nel rispetto de' processi operativi, degli strumenti o degli apparecchi sperimentati o proclamati buoni, si trova di fronte a un vero *embarras du choix!* E quest'affermazione è vera specialmente quando si accolga come più esatto un *certo concetto* della embriotomia, quello ch'io addotto.

Voi sapete, o signori, che v' hanno scrittori e clinici i quali chiamano dal nome *embriotomia* quelle operazioni che tendono alla riduzione violenta della resistenza e del volume del *tronco fetale*, mentre serbano il nome di craniotomia, cefalotrissia, cranioclastia, cefalotomia col forcipe sega, basiolisi, sfeno-perforazione, cranio-laminazione, ecc. all'atto operativo corrispondente il quale mira a togliere l'ostacolo meccanico riducendo la resistenza e il volume *della testa fetale.*

Per altri invece (e per me tra questi) la parola *embriotomia*, senza distinguere sezione da sezione fetale, designa « *una famiglia* « *di atti operativi che hanno per iscopo di ridurre il volume non che* « *la resistenza del feto per renderne possibile la espulsione o estra-* « *zione che un qualche momento meccanico rende difficilissima*, o « *impossibile;* » ne segue la naturale divisione di embriotomia sul capo, embriotomia sul tronco; sarebbe impossibile definire meglio la embriotomia se si volesse stare alla regola che « *definitio* « *brevis esse debet et convenire omni definito.* »

Orbene, o signori, per rendere possibile la espulsione o estrazione del feto col ridurne violentemente la resistenza e il volume si designano come buoni mezzi o processi operativi gli uncini acuti e semi-acuti, le molte pinzette ossivore, la forbice di Celso, l'uncino claviforme di Braun, l'uncino rachiotomo di Jacquemier, di Tibone e Cuzzi, l'uncino porta fune di Pajot, di Belluzzi, di Chiarleoni, di Verardini, ecc. i numerosi craniotomi, il cefalotribo pieno e finestrato, il filo di ferro stretto da un potente costrittore, il cranioclasta, il basiolitore di Simpson, la forbice basiotomica di Fabbri, il forcipe sega, lo sfeno-perforatore di Hubert, il laminatore di Waisseige, l'apparecchio di Thomas, e altri che per brevità ometto; tirate la somma, o signori, e spero converrete meco che per numero e varietà i processi e gli strumenti sono più che bastevoli per mettere nello imbarazzo il pratico, e... non soltanto quello novizio! Gli è quello che occorre con una certa frequenza, e il pratico allora, come il buon marchese Colombi, trovandosi, fra *tanti si e no*, di parer contrario, manda la donna che reclama un qualche sussidio, tra quelli accennati, alla più vicina clinica, o al più prossimo ospizio di maternità. Quale prova migliore che ancora troppo spesso certi vantati progressi non sono che il portato di qualche illusione che posa soddisfatta come di realtà dopo avere, magari inutilmente, quando non sia in peggio, modificato un qualche vecchio strumento, oppure escogitato qualche novità che giace, costoso ingombro, nello armamentario di qualche clinica sufficientemente ricca per potersi pagare il lusso!!

Signori, voi non v'aspetterete, son certo, da me che per provarvi la utilità, e in taluni casi ben definiti, la necessità dell'uncino acuto, io voglia infliggervi la tortura di una critica scientifico-tecnica de' procedimenti operativi, degli strumenti e degli apparecchi nominati o... taciuti! Ciò facendo commetterei più che un errore, *une faute*... e per lo scopo mio non ne ho proprio bisogno!

Per la più parte delle contingenze pratiche, credo si possano gli ostetrici, relativamente a' mezzi che prediligono per affrontare le difficoltà che derivano dalla distocia meccanica e quando si presenta la testa fetale, e tenuto conto, notatelo bene, di quel che fa il maggior numero, non di quel che fanno gli specialisti, credo, dico, si possano gli ostetrici dividere in 5 gruppi.

Nel 1.° metterei quelli che come gl' Inglesi si serbano fedeli all'uncino.

Il 2.° gruppo comprenderebbe i pratici tedeschi che vanno abbandonando il cefalotribo per il cranioclasta di Simpson modificato da Braun.

Il 3.° gruppo, il più naturale e più compatto, è costituito dai francesi per i quali il cefalotribo rappresenta tuttora la perfezione, quasi direi l'ideale degli strumenti embriotomici.

Nel 4.° gruppo metterò gli ostetrici belga, che si scostano notevolmente da tutti, serbando con il forcipe-sega, lo sfeno-perforatore e il laminatore cefalico, una originalità rispettabilissima, sebbene poco imitata.

Vengono in fine a costituire il 5.° gruppo i pratici italiani; questi forse per il numero e la varietà degli istituti ostetrici che abbiamo, forse perchè manca tuttora (e mancasse pur sempre) un centro che, come Parigi ad es., s' imponga con la potenza del numero e dell'autorità, se non sempre della ragione, ondeggiano tra l'*uncino*, il *cranioclasta* e il *cefalotribo* (il forcipe sega ebbe anch'esso i suoi bei giorni) modificato con l'aggiunta della finestra nella cucchiaja; per altro la maggioranza sta per il cefalotribo.

Mettiamo da banda il cranioclasta sul quale l'ultima parola non fu ancora detta nel nostro paese, sebbene Torino, Modena, Milano se ne occupino attivamente nel campo speculativo e in quello de' fatti; mettiamolo dabanda perchè l'azione sua parmi assa analoga, per non dire identica a quella dell' uncino, come spero poter dimostrare; non facciamo questioni per la craniotomia che

o da sola, o quale esordio di una più complessa operazione embriotomica, s' impone a tutti quale una necessità; rimangono l'*uncino* e il *cefalotritore.* Tra questi due istrumenti un vero confronto, un confronto omnilaterale è forse possibile? Sì, risponde la più parte de' pratici col fatto di rifiutare il primo per il secondo; sì, rispondono i libri, anche i più recenti, e stabilito il confronto conchiudono, fatta eccezione di qualche autore inglese, di Jacquemier, di Bailly all' estero, di Massarenti, Tibone, Morisani, Bergesio, e qualcun' altro in Italia, col respingere energicamente l' uncino. Come si giudichi di questo in paese e fuori basteranno per dimostrarlo due citazioni. Pajot, acerrimo nemico dell' uncino, soleva dire a' suoi allievi che « l' uncino acuto nel « quale si termina il manico di una cucchiaja del forcipe, vi de- « v' essere per ricordare al pratico che non deve servirsene « mai ... Quanto amore del *jamais!* » Ma, dico io, non era più semplice invitare i fabbricanti a sostituirvi un innocente manico di legno; fin la tentazione sarebbesi così evitata! Nel suo importante articolo *Cefalotrissia* della *Enciclopedia medica italiana*, l'autore, il prof. Porro, dopo una critica ragionatissima dell' uncino acuto *quale si adopera comunemente* viene a questa chiusa. « *Parleremo estesamente all'articolo Uncini acuti de' pochi vantaggi,* « *e dei gravissimi pericoli inerenti a questi strumenti; a noi basta* « *per ora l' aver accennato alla impossibilità che il cefalotritore* « *possa mai essere surrogato dall'uncino acuto* » ... parole queste che rispondono in certo modo alla domanda posta poco più sopra in questi termini: « Il modo brusco, violento, pericoloso, sempre « incerto, di agire dell' uncino acuto può egli stare quindi a con- « fronto del modo dolce, graduato, *innocente* con cui agisce il « cefalotritore? »

Qui, o signori, troverete patentissimo il confronto, quel confronto che a me non pare inappuntabile, quando almeno si adoperi l' uncino com' io l' intendo. Scrissi altra volta e mi compiaccio di questa solenne occasione per ripeterlo « *Tra l' uncino*

« *acuto e il cefalotribo,* un confronto ragionevole m'è parso sempre,
« ed oggi più che mai, mi si presenta come impossibile. Ed in-
« vero supponiamo due casi, i soli del rimanente che possiamo
« supporre riguardo a questi due strumenti quando sono rivolti
« a combattere la distocia pelvica (*e si presenta la testa*).

« 1.° O l'ostacolo al parto spontaneo sta tutto, grazie alla
« non grave angustia, nel diametro biparietale, e, fatta la cra-
« niotomia, il forcipe, un tiratesta qualunque, un uncino acuto,
« semiacuto, ottuso purchessia, valide contrazioni dell'utero spon-
« tanee o procurate dalla segale cornuta bastano all'uopo. Porre
« mano in questo caso al cefalotribo, inventarne anche uno per
« sì fatte contingenze, come recentemente il Bailly, gli è procu-
« rarsi allori troppo facili perchè possano avere un qualche pre-
« gio: fin qui adunque tra l'uncino adoperato come semplice tira-
« testa, e il cefalotribo che non è indicato, il confronto non
« regge.

« 2.° O l'ostacolo, a cagione della ristrettezza più forte, sta
« non nel diametro biparietale, ma nel bimastoideo irreduttibile
« dopo come prima della craniotomia, e allora il confronto tra i
« due strumenti è, mi si permetta la frase, più impossibile an-
« cora, e sarei nell'assurdo se intendessi sostenere che torni me-
« glio demolire la base con l'uncino lavorandovi attorno qualche
« ora, che schiacciarla con il cefalotribo in pochi minuti, e con
« pochi giri di vite, o alcuni passi di una catenella dentata. Ma,
« dopo schiacciata, la testa deve pur essere estratta, salvo che
« si voglia contare sul procedimento del Pajot ch'è ragionevo-
« lissimo, ma non sempre permesso. Orbene, per me la *potenza*
« *traente* del cefalotribo, (solo punto di confronto possibile) si
« mostra inferiore, ne' vizi pelvici gravi, a quella dell' uncino ».

Difatti supponiamo la testa schiacciata, o meglio, per non servirci del cefalotritore, pratichiamo una larga breccia sulla volta craniana da cui abbia libero esito la sostanza cerebrale; vuotato il cranio, e per poco venga compresso, la volta si deprime avvi-

cimandosi alla base per modo che il diametro verticale sarà portato a 65, 60, 55, 50 mm., in armonia col grado di depressione della volta; fatta questa craniotomia se noi impiantiamo un uncino sopra un punto della faccia *e tiriamo con non grande forza*, la testa si estende, la base ch'era orizzontale, o parallela con lo stretto addominale, viene posta di coltello relativamente alla C. V. ristretta, la volta squarciata dalla craniotomia si deprime man mano che si tira, e la testa ridotta o conformata *a disco* scende, talvolta con facilità e prontezza grande, passando per quella stenosi dove il cefalotribo non aveva potuto trarla. Signori, all'uncino adoperato in questa guisa, e per il detto scopo, non credo possa farsi alcuno tra i rimproveri che gli sono comunemente diretti, poichè non saprei trovare fondamento di ragione in cui dicesse che, lavorando come descrissi, abbia un modo di agire brusco, violento, pericoloso e incerto.

I punti che offrono migliore e più solida presa si trovano appunto sulla faccia che si tratta di abbassare; quindi niun pericolo che la presa sfugga, tanto più che si deve tirare con dolcezza; il bacino, sebbene molto angusto, si suppone abbia tuttora nel diametro trasverso tanto spazio da lasciar passare il bimastoideo, e nella C. V. tanto ancora perchè la base con la volta depressa conformata come disco, e messa di sghembo, possa venire estrinsecata, cioè 50 mm. almeno; pertanto se la presa è buona, se la forza traente dev'essere moderata, se la testa vuol essere tirata di coltello, non può essere nè violenza, nè *brusquerie* negli effetti dell'uncino, e date le condizioni meccaniche supposte, una volta ottenuta la estensione, la testa verrà *certamente* tratta fuori dall'uncino, laddove il cefalotribo, dopo frantumata o lussata e messa orizzontale la base, non giunge a farle superare l'ostacolo, e invano si moltiplicano i tentativi... finchè poi il negletto e pericoloso uncino giunge a fare lui quello che il suo brillante avversario lasciò forzatamente incompiuto!

Non potrò mai, o signori, dimenticare un caso, tra gli altri, a

cui feci da testimonio nella clinica parigina (1864); il vizio pelvico non era grave, chi maneggiava lo strumento punto inabile, anzi...! E nondimeno dopo 10 applicazioni dello strumento che tra gli altri danni aveva pur perforato il segmento inferiore dell'utero, dopo 10 applicazioni fu forza domandare la estrazione del feto a un altro strumento, che vi riusciva pochi momenti prima che la povera donna soccombesse; porterò più tardi altri fatti analoghi. Ora franca la spesa studiare perchè il cefalotribo fallisca non raramente al compito di estrarre il feto tuttavolta che la pelvi presenta una strada di uscita che sia inferiore alle dimensioni della base craniana, e specialmente quando la C. V. è inferiore a 65 mm., oppure essendo tale, o anche alquanto superiore, la pelvi è totalmente e regolarmente ristretta... *æquabiliter justo minor.*

Ridurrò a 2 serie tutti que' casi ne' quali si domanda il sussidio del cefalotritore.

Ne' casi della 1ª serie la pelvi ha tuttora uno spazio utile non inferiore a 70 mm.; in allora una ben fatta e regolare applicazione dello strumento in generale basta, e in 15 minuti al più la bisogna è compiuta, lo scopo raggiunto; sarebbe stoltezza proclamare quivi superiore l'uncino acuto.

Nella 2ª serie metterò tutti i casi ne' quali lo spazio utile è inferiore a 70 mm., e dividerò questa serie in 2 sezioni comprendenti una le pelvi semplicemente piatte, e quelle totalmente ristrette-piatte, l'altra le pelvi nane, atrofiche, infantili, o comunque totalmente e regolarmente ristrette; ne' casi della 2ª serie e 1ª sezione, il cefalotribo talvolta riesce presto e bene, talvolta riesce ma stentatamente, tal'altra invece non riesce a compiere il parto; nelle pelvi della 2ª sezione per contro è la regola che lo strumento fallisca; perchè?

Due casi anche qui possono occorrere (mi si perdoni questa ripetuta supposizione di casi che tende a far più chiara la dimostrazione); o il cranio grazie a ripetuti schiacciamenti è dive-

nuto talmente molliccio e cedevole da non offrire sufficiente resistenza per la presa dello strumento, e questo vi scivola sopra, e vi scivola qualunque ne sia il modello, abbia piene le branche, siano queste uncinate o dentate, oppure sia munito di finestra nelle cucchiaja. O invece s' è fatto uno schiacciamento solo, oppure, a malgrado di ripetuti tentativi, le branche caddero sempre nel solco tracciato dal primo schiacciamento, ciò che vale uno schiacciamento solo, e in questo caso più frequente di quanto non si crede, a destra e a sinistra dello strumento si formano due grosse bozze che sono tenute lontane l'una dall' altra da tutta la larghezza dello strumento (4 centimetri almeno): Ebbene, o signori, queste due bozze, talvolta durissime per accumulo di sangue e di materia cerebrale che non potè uscire dal foro fatto con la craniotomia chiuso dalla sovrapposizione delle branche dello stromento, queste due bozze urtano contro al contorno pelvico quando si tira sullo strumento, e costituiscono al potere traente di questo un ostacolo tanto più forte quanto più regolare è il contorno pelvico e accorciato il diametro trasverso.

Lo strumento allora lascierà, per forza meccanica, la sua presa, ciò ch' io considero ancora come un bene. Supponiamo all'incontro che la presa non isfugga, e allora perchè la testa possa passare le due bozze non potendo avvicinarsi perchè di mezzo sta un ponte metallico, ch' è lo strumento, dovranno accartocciarsi su questo perchè possa il cranio prendere quella forma, quelle dimensioni e quella lunghezza che vorrà la filiera pelvica; ma questo lavorio di accartocciamento e di addattamento del cranio dev' essere fatto dal contorno pelvico co' tessuti che lo rivestono, durante l' azione traente dello strnmento che vi si oppone poi con tutta la sua larghezza che costituisce come l'anima della testa schiacciata; ne viene necessariamente che le parti molli saranno non soltanto fortemente contuse, ma stirate violentemente, laminate, strappate, lacerate, donde puerperii morbosi spesso fatali, donde la ragione del fatto unanimamente am-

messo che la mortalità per il cefalotribo va rapidamente montando con il crescere della ristrettezza pelvica, donde ancora la spiegazione dell' altro fatto che a un certo grado di stenosi pelvica, e con una certa forma, lo strumento per necessità e regola meccanica lascia la presa, e allora?

Un addebito siffatto non può rivolgersi all' uncino acuto; occupando con la sua punta uno spazio ristrettissimo alla periferia del cranio, non deforma questo, non pone alcun ostacolo al suo allungamento, nè vieta che per la sua malleabilità si modelli sulla filiera pelvica che ne respinge le parti periferiche verso il centro dove non si trova lo strumento per resistere come fa il cefalotribo, e purchè la base venga tirata in senso obliquo (di sghembo), ciò che si ottiene coll' estendere il capo, si avrà con facilità e prontezza talvolta sorprendente quella estrazione che il cefalotribo sarà stato impotente a ottenere.

Lo stesso vuolsi dire del cranioclasta il quale una volta collocato, e dopo che le cucchiaja furono avvicinate fino a toccarsi col solo intermezzo dell'osso su cui poggiano gli apici dello strumento, può considerarsi come il prodotto di due uncini che s'incastrano, o si sovrappongono l'un l'altro; ed ecco perchè il cranioclasta si mostra trattore più valido ed efficace che il cefalotribo, purchè la base sia tratta di sghembo, e perchè questo strumento abbia in molte cliniche straniere detronizzato il cefalotribo, e minacci di fare altrettanto in Italia.

Il mio collega di Roma l'egregio prof. Pasquali pare sì convinto che il cefalotribo è cattivo strumento traente che oramai, dopo servitosene per frantumare il cranio, lo mette sistematicamente da banda ricorrendo, per la estrazione, al cranioclasta di Braun, o alla pinzetta di Barnes che poco ne differisce; badate però, signori, che il metodo del Pasquali non è in fondo in fondo meno lungo e pericoloso di quello ch' io propugno; egli fa 3 atti operativi, due de' quali sono più difficili che l' applicazione dell' uncino, cioè craniotomia cefalotrissia, estrazione con il cranioclasta.

laddove con la craniotomia e l' uncino, e anche con questo solo, a rigor di termini, si ottiene la estrazione del feto; ed a me che suppongo esercitare alla campagna dove non posso disporre di un ricco armamentario l' uncino porta risparmio di tempo e di spesa ... e dà una operazione più breve, che vuol dire maggior probabilità di buon successo. Ho detto che tra il cefalotribo e l'uncino usato per estendere e tirare la testa il confronto non dovriasi fare; ma se proprio proprio lo si vuole, questo confronto, dirò che il cefalotribo ha perduto quasi tutto il suo credito in Germania, va perdendo terreno in Inghilterra e Italia, dirò che per la estrazione della testa rimasta sola nell'utero l'uncino è superiore al cefalotribo, che sulla testa posteriore al tronco è di applicazione più facile e meno pericolosa del cefalotribo, che per completare la evoluzione podalica, o fare la evoluzione artificiale l'uncino, non il cefalotribo, giova, che giova per fare la eviscerazione, per pungere e tirare il feto idrocefalico , idrotoracico, e ascitico; voi vedete pertanto che il suo campo è tuttora esteso tanto da meritare si renda lo strumento famigliare a coloro (ed è la maggioranza) cui circostanze speciali spingono, appena finiti gli studi, nel campo della pratica dove devono pur *essere enciclopedici* per quelle contingenze almeno le quali, come quasi sempre le ostetriche, non danno tempo perchè lo specialista vada dal malato, o questo da quello! Alla detta maggioranza si può francamente affermare che la più parte de' *modificatori* e inventori di strumenti e apparecchi non pensa; o l' apparecchio è complicato, e di maneggio difficile, o ha poche applicazioni, o è costosissimo, accessibile soltanto alle ricche borse, o alle cliniche dai lauti assegni! Signori, l'uncino acuto è semplice, non è costoso, non soggetto a guasti difficili a riparare, è applicabile a molti casi , e non è di applicazione così difficile come gli strumenti doppi o simmetrici.

Scrive Jacquemier « *l'instrument est conduit entre la face pal-* « *maire des doigts d'une main et la face; on en dirige ensuite la* « *pointe sur la partie ou l'on veut la faire pénétrer; cette partie de*

« *l'opèration est peu dangereuse et souvent mediocrément difficile!* » aggiunge che se si tira con moderazione e con prudenza si sentirà *sempre* quando lo strumento cede, minacciando di lasciare la presa; in allora lo si porta sopra un altro punto; così facendo si evitano le lesioni che si produrrebbero nelle parti materne quando lo strumento, lasciato il punto di attacco, venisse ad impiantarsi su di esse.

A malgrado, per altro, di queste premesse, il nostro autore come tanti e tanti altri conchiude col dire che « gli uncini acuti « sono strumenti *pericolosissimi e micidiali se maneggiati da mano « inesperta!* » e su questo punto, signori, ch'è il più debole del nostro strumento, su questo punto non ho da fare alcuna obbiezione; noterò soltanto, nè voi mi smentirete, che nessun istrumento, specialmente tra gli ostetrici, può dirsi non pericoloso e innocente se maneggiato da mano inesperta; ne consegue che il grande pericolo per l'uncino acuto è sempre *relativo* a chi lo usa, mentre i giudizi che ne danno i libri tende a farlo passare per uno strumento *essenzialmente* pericoloso. Aggiungo che mi sorride la speranza di provare i pericoli e gli effetti micidiali dell'uncino usato da mano inesperta essere minori di quelli che si associano al rivolgimento, al forcipe, al cefalotribo, allo stesso cranioclasta tuttavolta che l'operatore sia inesperto.

L'uncino lasciando bruscamente la presa nel tirarvi sopra con forza può pungere, lacerare, strappare, squarciare le parti materne o la mano di chi opera, è vero, e sarebbe stoltezza contestarlo, poichè basta, per accertarsene, guardare lo strumento; ma la mano, ma il forcipe, ma il cefalotribo e il cranioclasta, quando l'operatore non è abile abbastanza da evitare una falsa via, contundono, schiacciano, staccano, sfondano, perforano quanto, e più dell'uncino, perchè strumenti più lunghi, più massicci, più potenti, più pesanti; arrogi che la mano e gli strumenti predetti possono arrecare lesioni al di sopra dello stretto superiore, verso, e nel fondo dell'utero, vale a dire in regioni pericolosissime per

la vicinanza del peritoneo; l'uncino invece impiantato sul feto in vicinanza, o poco sopra, o soventi sotto la linea dello stretto addominale, lasciando la presa verrà con la sua punta, dopo un tratto percorso nel vuoto, a impiantarsi su parti molto più lontane dal peritoneo, donde lesioni più facilmente guaribili. Vidi portar via, mediante il cranioclasta di Simpson, la parete vaginale anteriore con il fondo della vescica; vidi leso un seno del fondo uterino dall'apice di una cucchiaja del forcipe sega, donde una emorragia mortale; nello spazio di 7 anni di pratica nell' Ospizio di Santa Caterina in Milano osservai non meno di 12 rotture vagino-uterine; 2 sole di queste rotture appartenevano alla categoria di quelle dette spontanee; tutte le altre erano state il prodotto dello innocente forcipe, della innocentissima mano. Sta bene che si additino, esagerandoli, tutti i pericoli dell' uncino nell' intento di prevenirne l'abuso; ma starebbe pur bene che si facesse altrettanto per la mano e per il forcipe, non per prevenirne, ma per frenarne l' abuso, (specialmente della mano); quest'abuso è un fatto, ed io lo spiego con la convinzione ch'è nella più parte de' pratici « *non essere queste operazioni circondate da* « *pericoli serii* ».

Ripeterò quindi quanto scrissi altrove, che chi si sente abbastanza abile da maneggiare il forcipe lungo e il cefalotribo troverà per nulla difficile l'uso dell' uncino; a cui non regge l'animo di por mano ai detti strumenti non verrà in mente mai di ricorrere all'uncino per il quale avrà sempre una certa ripugnanza, non ho dunque alcun timore che le mie parole, o l'esempio mio possano fruttare l'abuso di uno strumento che indiscutibili autorità clinico-didattiche proclamano tanto pericoloso, in quella che viene giudicato in tutt' altra guisa da quelli che vollero farglisi famigliari.

Signori, discorrendo, uno di questi giorni, con due distinti fabbricanti di strumenti chirurgici di Milano, domandai quale fosse il numero approssimativo di cranioclasta Braun, cefalotribi,

craniotomi e uncini, e forcipi che annualmente vendevano a' loro clienti (non specialisti) della campagna e delle città; mi risposero che le dita di una mano eran più che sufficienti per numerare i primi due venduti *in un quadriennio*, che di craniotomi e uncini se ne spacciavano 2, 3 all'anno e di forcipi da 40 a 50.

La Statistica molti tengono in conto di buon mezzo per giudicare del valore di certi perfezionamenti e progressi; potrei farne l'applicazione al caso mio e conchiudere che nella coscienza di questi numerosi pratici che non si muniscono di cefalotribo nè di cranioclasta Braun è la convinzione che questi strumenti abbiano pochissimo valore! Ma non voglio venir meno a quella prudenza ch'è specialmente necessaria con i numeri; sospendo adunque qualsiasi deduzione e giudizio in codesto senso e mi terrò pago di ripetere in questa solenne circostanza che « *nelle « contingenze pratiche della ostetricia molte volte l'aspettazione non « è concessa, nè possibile il soccorso dello specialista, e che per sif- « fatte contingenze al medico, spesso isolato, della campagna la « mano e il forcipe non bastano; il suo armamentario deve con- « tenere uno strumento che gli dia modo di fare la embriotomia « ne' casi più comuni ed urgenti; questo strumento non si vuole » che sia il cranioclasta o il cefalotribo, o altro più complicato e « costoso? Ebbene sia l'uncino; profondamente convinto del suo « valore io lo raccomando dicendo con il Giordano di Torino, un « buon forcipe, un craniotomo e l'uncino, ecco l'armamentario del « pratico che non è alla direzione di una clinica; nella pluralità « delle contingenze basta.* »

Signori, quanto venni dicendo finora considerate quale una specie di processo fatto all'uncino; se io mi sia serbato imparziale lascio a voi il giudicare; ma le prove a carico e scarico dello strumento furono finora induttive, o, come direbbesi, morali; rimangono le prove di fatto ed io domando mi si conceda esporle quali mi venne dato di trarre da' rendiconti della clinica ostetrica milanese dal 1870 a tutt'oggi; sono 25 fatti clinici scelti

dai più importanti fra quelli ne' quali l'uncino ebbe la parte precipua, *la estrazione del feto;* vogliate considerarli, questi fatti, quali testimoni nel processo traendone elementi e criterio per il vostro verdetto.

Elenco dei fatti clinici.

1870. Osserv. 1ª *Rachitica* — C. V. 56 mm. — tre applicazioni di forcipe Guyon — cefalotribo Depaul — uncino ottuso — cranioclaste, pinzetta di Davis, uncino Rizzoli, tutto inutile — uncino acuto che libera la donna — morte (Lazzati).

1872. 2ª *Rachitica* — C. V. 78 — craniotomia, uncino acuto — guarita.

3ª *Rachitica* — C. V. 76 — craniotomia, uncino acuto — guarita.

1873-1874. 4ª *Rachitica* — C. V. 63 mm. — craniotomia — 20 minuti dopo eclampsia — cefalotribo che lascia 3 volte la presa — uncino acuto con il quale si abbassa la faccia — estrazione facile — guarita.

5ª *Rachitica* — C. V. 54 mm. — trapanazione della volta e della base — forcipe Guyon impotente — uncino acuto che abbassa la faccia ed estrae facilmente il feto — morta per edema polmonare acutissimo.

6ª *Rachitica* — C. V. 67 mm. — trapanazione della volta — estrazione con l'uncino, previo il mutamento di presentazione — guarita.

7ª *Rachitica* — C. V. 86 mm. — presentazione di faccia — pos. F. I. S. A. Arresto della rotazione interna — forcipe a domicilio che penetra nell'addome perforando i fornici vaginali e il segmento inferiore dell'utero —

craniotomia sulla fronte — uncino acuto che porta la faccia alla vulva, e poi estrazione con la mano — drenaggio e irrigazioni addominali — guarita.

1875. 8ª *Rachitica* — C. V. 72 mm. — Degenerazione fibrosa del segmento inferiore e collo dell' utero — dilatazione spontanea impossibile — travaglio infruttuoso da 5 dì — feto estremamente putrefatto — dilatazione del condotto cervicale mediante la spugna — estrazione con l'uncino acuto — puerperio tipico.

9ª *Rachitica* — C. V. 75 — craniotomia — uncino acuto — guarita.

10ª *Rachitica* — pelvi piatta C. V. 76 mm. — craniotomia uncino acuto — puerperio regolare.

11ª *Rachitica* — C. V. 78 mm. — presentazione di vertice consociato alla mano — forcipe inefficace — uncino acuto — puerperio regolare.

1876. 12ª *Rachitica* — Occlusione quasi totale della vagina per cicatrici — aborto spontaneo verso la fine del 6° mese — incisione delle cicatrici — uncino acuto per estrarre il feto — morta.

13ª Testa rimasta sola nell'utero — uncino acuto — guarita.

14ª Presentazione di spalla — versione impossibile — evoluzione artificiale con l' uncino acuto — puerperio buono.

1877. 15ª *Rachitica* — C. V. 76 mm. — cranioclasta impotente — uncino acuto — puerperio regolare.

16ª *Rachitica* — C. V. 85 — stenosi vaginale per cicatrici — presentazione di spalla — versione impossibile — sbrigliamento — evoluzione podalica artificiale con l'uncino — morta.

17ª Presentazione di spalla — feto morto — rivolgimento giudicato impossibile — complemento della evoluzione podalica con l'uncino — puerperio regolare.

18ª Presentazione di spalla — versione impossibile — eviscerazione poi evoluzione podalica con l'uncino — craniotomia — estrazione con l'uncino — puerperio regolare.

1879. 19ª Spalla impegnata — rivolgimento impossibile — complemento della evoluzione podalica con l'uncino acuto — puerperio regolare.

20ª Spalla profondamente scesa — versione impossibile — complemento della evoluzione podalica con l'uncino — puerperio regolare.

21ª *Osteomalacica* — Stenosi di 3° grado allo stretto perineale — ripetuti e infruttuosi tentativi di liberazione a domicilio — invio della partoriente all'ospizio in 2° giorno di travaglio e con diffusa peritonite settica — impossibilità di applicare strumenti simmetrici — feto putrefatto — craniotomia con l'uncino ed estrazione con esso in pochi minuti — morta nel 6° dì per la peritonite e versamento sanguigno nel cavo pleurico.

22ª *Rachitica* — C. V. di 70 mm. — rifiuto del taglio cesareo proposto fuori dell'ospizio — cranioclasta di Braun inefficace — uncino acuto — puerperio tipico.

1880. 23ª *Rachitica* — C. V. 70 mm. — presentazione di vertice — tentativi di versione a domicilio — forcipe Guyon e cranioclasta Braun impotenti — estrazione con l'uncino acuto — puerperio regolare.

24ª Testa rimasta sola nell'utero — peritonite diffusa da due giorni — estrazione con l'uncino — morta.

25ª Testa rimasta sola nell'utero — estrazione con l'uncino acuto — puerperio regolare.

Totale — Operate 25 — Guarite 18 — Morte 7 ossia, *senza selezione*, mortalità 28 %.

Signori, il breve sunto che udiste m'autorizza a dire che quasi tutti i casi stanno nel novero di quelli che universalmente si proclamano gravi; orbene, non facendo *selezione*, non sottraendo alla somma delle morte nè quella spenta da edema polmonare acutissimo, nè quella morta per lesioni prodotte dalla inutile prova fatta con 6 altri strumenti prima di por mano all'uncino, nè quell'altra ch'era quasi agonizzante per diffusa peritonite, non sottraendo dico alcuna unità, la mortalità dell'uncino è del 28 %, ch'è assai inferiore a quella data da' francesi per il cefalotribo in 36 %; se poi, come ne avrei il diritto, facessi la selezione, dando a ciascuna causa di mortalità quello che le spetta, la mortalità propria di questo strumento detto pericolosissimo e micidiale starebbe fra 11 e 13 %! la esperienza poi di questi ultimi anni lascia sperare una diminuzione di questo indice che *tal quale* per altro è poco più elevato di quello del forcipe, notevolmente inferiore a quello del rivolgimento podalico che in confronto dell'uncino passa quale operazione innocente!

Signori, l'ora è corsa veloce per me assai più di quanto m'aspettassi. Poteste dire voi altrettanto! Pertanto metterò fine al mio dire con un breve aneddoto nel quale si riassume il massimo degli effetti ch'io mi augurerei dal mio discorso.

In sui primi del p. p. agosto il Dott. Negri medico 2° assistente nella Scuola milanese veniva richiesto da un collega suo amico, giovane e distinto pratico nelle vicinanze di Milano, di recarsi a visitare una donna ch'egli non aveva potuto *completamente* liberare. Si trattava di parto prematuro; il feto, presentatosi con la spalla, era stato estratto fino alla testa che resistendo ai trai-

menti s' era staccata dal tronco rimanendo nella cavità uterina; la mano, il forcipe, l' uncino ottuso non avevan potuto portar fuori la testa; il Dott. Negri credente nell' uncino acuto vi andò munito di questo e con più prontezza e facilità di quella s'aspettasse il collega condusse fuori quella piccola testa... *ribelle.* Compiuta l'opera i due colleghi, discorrendo, com' è naturale, del buon successo avuto con l'uncino, s'avviavano assieme alla città, e quivi giunto il nostro medico condotto già ben disposto verso l' uncino, da qualche caso veduto nell' ospizio milanese, si recava dal Gennari per provvedersene, fatto convinto una volta di più che quanto si scrive de' pericoli e delle difficoltà che si associano all'uso dell' uncino acuto va un po' fuori dai confini della verità. Signori, voi comprenderete che se un fatto simile avesse a ripetersi per virtù delle mie parole io avrei raccolto un frutto appena appena sperato!

Che se questo non accadesse, sarei pur sempre pago del mio dire se fossi giunto a mettere un po' di dubbio nelle vostre convinzioni, un po' *di torbido* nella *limpidezza* delle vostre idee relative a quest' argomento, realizzando così la profonda sentenza dello spiritoso autore della lettera sul *Divorzio* « *qui cherche rémue qui reume trouble.*

E se poi quest' effetto ancora venisse meno mi rimarrà pur sempre per conforto il gratissimo ricordo della benevola e cortese attenzione di cui mi onoraste; ve ne porgo i più vivi ringraziamenti, e ve ne ricambio con i più sinceri auguri di onorata e prospera carriera e di una salute tale che domandi a un avvenire molto, ma molto remoto, i sussidi della nobile arte che professate.

FETOMETRIA

STUDI ED OSSERVAZIONI

del Dott. **OTTAVIANO MARCHIONNESCHI**

Ajuto alla Clinica Ostetrica e Ginecologica di Pisa.

(*Cont. e fine,* Vedi Vol. II, N. 10, pag. 513).

MASCHI

MEDIA DELLE VARI

Classi	Numero complessivo di ognuna	PESI delle diverse Classi	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatico	D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale
1ª	6	Da 1500 a 2000	9,83	11,08	7,91	8,00	9,00	5,
2ª	15	Da 2000 a 2500	10,10	11,46	8,06	7,90	9,70	5,
3ª	24	Da 2500 a 3000	10,77	12,16	8,66	8,43	9,75	6,
4ª	32	Da 3000 a 3500	11,03	12,40	8,93	8,70	10,43	6,
5ª	16	Da 3500 a 4000	11,31	12,84	9,18	9,00	10,09	6,
6ª	8	Da 4000 a 4500	11,81	13,25	9,37	9,25	10,31	6,
FEMMINE								
1ª	3	Da 1500 a 2000	9,83	10,83	7,16	7,50	9,66	5,
2ª	15	Da 2000 a 2500	10,33	11,30	8,20	7,83	9,10	5,
3ª	27	Da 2500 a 3000	10,55	11,82	8,50	8,61	9,74	5,
4ª	44	Da 3000 a 3500	10,93	12,14	8,88	8,70	10,05	6,
5ª	9	Da 3500 a 4000	11,11	12,83	8,94	9,05	9,95	6,
6ª	3	Da 4000 a 4500	11,66	12,66	8,66	8,66	10,66	6,

LASSI RIUNITE *Tavola* XIII.

D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
5,66	25,83	31,16	31,58	9,33	7,33	22,83	21,00	43,83	1801,83
5,90	25,73	31,56	31,13	9,73	8,23	23,33	22,46	45,80	2233,00
6,10	31,39	32,64	30,33	10,64	9,00	24,85	23,35	47,75	2802,08
6,59	28,31	32,73	35,78	10,89	9,35	25,17	24,20	49,37	3327,75
6,73	28,68	34,46	35,78	11,40	9,84	26,23	25,03	51,18	3644,37
6,81	31,00	35,06	38,12	12,25	10,25	27,00	25,62	52,62	4203,12

Tavola XIV.

6,00	24.33	28,00	32,66	9,66	8,00	21,33	21,33	43,00	1866.66
6,00	25,00	30,06	31,03	9,76	8,30	23,60	22,20	46,00	2223,00
6,18	26,72	32,40	33,90	10,46	8,94	24,11	23,37	47,40	2718,00
6,53	28,28	33,76	35,70	11,10	9,16	24.54	24,68	47,52	3175,90
6,38	29,00	35,22	36,27	11,66	9,61	25,25	25,94	51,33	3605,55
7,00	30,66	34,66	37,33	12,00	9,33	25,16	26,16	51,33	4100,00

MEDIE RIUNITE DEI FETI MASCI

e del peso d

CLASSE	Numero	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatico	D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale
Maschi	32	11,03	12,40	8,93	8,70	10,43	6,3
Femmine	32	10,90	12,14	8,65	8,68	9,87	6,6
Somma . . .	64	21,93	24,54	17,58	17,38	20,20	12,9
Media . . .	—	10,96	12,27	8,79	8,69	10,10	6,4
Medesima media più semplicemente espressa		11	12 1/2	9	8 1/2	10	6 1/

Tavola XV.

FEMMINE (in numero eguale)

00 a 3500 gr.

[illegible]	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
59	28,31	32,73	35,78	10,89	9,35	25,17	24,20	49,27	3327,75
48	28,25	33,73	33,50	11,01	9,21	24,56	24,81	49,62	3180,46
07	56,56	66,46	69,28	21,90	18,56	49,63	49,01	98,89	6508,21
53	28,28	33,23	34,64	10,95	9,28	24,81	24,50	49,44	3254,10
1/2	28 1/2	33 1/2	34 1/2	11	9 1/2	25	24 1/2	49 1/2	3250

MASCHI

Feti del peso

Nati

N.° d'ordine	COGNOME E NOME	Età	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	
1	Fac. A.	24	19 marzo 1878	21 dicembre 1878 ore 5 pom.	11	1
2	Chin. A.	30	Ultimi maggio 1878	22 dicembre 1878 ore 10 1/2 pom.	11	1
3	Colt. V.	21	8 settembre 1877	4 giugno 1878 ore 2 pom.	10,50	1
4	Baron. M. . . .	22	?	1 marzo 1879 ore 11 ant.	11	1
5	Marinesch. L. . .	19	13 luglio 1878	12 aprile 1879 ore 6,10 pom.	10	1
6	Raff. C.	18	Marzo 1878	13 dicembre 1879 ore 3 1/2 pom.	11,50	1
7	Cupi. A.	23	Maggio 1879	26 febbraio 1880 ore 1 1/2 ant.	11	1
8	Alb. C.	23	24 giugno 1878	7 marzo 1879 ore 12,10 pom.	11,50	1
9	Piz. C..	25	24 giugno 1877	17 marzo 1878 ore 7 3/4 pom.	11	1
10	Gin. Z.	19	20 giugno 1879	29 aprile 1880	9,50	1
				SOMMA	108,00	12
				MEDIA	10,80	1

00 a 3000 gr. *Tavola* XVI.

maipare

	D. Occipito bregmatico	D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza occipito frontale	Circonferenza basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
	9	10	7	6,50	28	34	37	10	9	25	24	49	2968
	9	10	6,50	6	27	30	32	11	9	26	24	50	2760
	8,50	10	5,50	6	28	32	31	11	9	24	24	48	2800
0	8,50	10	7	6,50	26	34	37	11	8,50	25	25	50	2750
	8	9	5,50	5,50	30	30	31	11	8	22	23	45	2740
	9	10	6	6	29	32	34	10	9	25	24	49	2610
	8	11	7	7	30	33	37	11	10	25	24	49	2950
	9	11	6	6	28	35	38	11	9	25	23	48	2930
	8	10	6	6	28	35	36	11	9	25	24	49	2850
	8	8,50	5	5,50	25	31	36	9,50	7	24	23	47	2510
0	85,00	99,50	61,50	61,00	279	326	349	106,50	87,50	246	238	484	27868
5	8,50	9,95	6,15	6,10	27,90	32,60	34,90	10,65	8,75	24,60	23,80	48,40	2786

MASCHI **Feti del peso**

Nati

N.° d'ordine	COGNOME E NOME	Età	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero
1	Ma. M.	30	23 luglio 1878	29 aprile 1879 ore 3 1/2 pom.	11	12
2	Sim. L.	30	?	28 aprile 1879 ore 11 3/4 pom.	11	12
3	Ros. R. . . , .	23	?	30 marzo 1879 ore 5,20 pom.	10,50	13
4	Garg. T.	40	18 settembre 1877	23 giugno 1878 ore 9 3/4 ant.	11,50	12
5	Lip. F.	36	?	30 giugno 1878 ore 7 1/2 ant.	10	12
6	Bard. A.	35	1 aprile 1877	9 febbraio 1878 ore 1 1/4 ant.	11,50	12
7	Mag. A.	36	30 giugno 1877	5 marzo 1878 ore 4 pom.	10,50	11
8	Fenn. T.	30	30 aprile 1877	14 settembre 1878 ore 9,20 pom.	10	11
9	Man. T.	26	28 aprile 1877	6 giugno 1878 ore 12 1/2 ant.	11	12
10	De S. V.	25	15 luglio 1878	31 marzo 1879 ore 4 pom.	10	11
				SOMMA	107,00	119,
				MEDIA	10,70	11,

00 a 3000 gr. *Tavola* XVII.

tipare

D. Occipito bregmatico	D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza Occipito frontale	Circonferenza Basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
9	10	7	6	27	33	30	10	9	25	24	49	2670
9	10	5,50	6	29	33	34	10,50	7,50	26	23	49	2900
8	9,50	7	7	28	33	35	11	9	25	25	50	2780
9	9,50	6	6	26	35	36	11	9,50	25	14	39	2850
9	10	5,50	6	26	31	35	10	8,50	25	24	49	2530
8,50	10	6	7	25	33	31	11	10	27	20	47	2900
7	9	6	5	27	32	31	10	9	23,50	23,50	47	2670
8.50	8,50	6	7	28,50	33	28	10	9	25	21	46	2900
8	9	6	6	26	33	30	10,50	9	23	23	46	2700
7	11	6	6	26	33	35	11	9	25	24	49	2950
83,00	86,50	61,00	62	268,50	329	325	105,00	89,50	249,50	221,50	471	27850
8,30	8,65	6,10	6,20	26.85	32,90	32,50	10,50	8,95	24,95	22,15	47,10	2785

FEMMINE

Feti del peso d

Nati d

N.° d'ordine	COGNOME E NOME	Età	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero
1	Casel. A.	20	15 luglio 1877	16 aprile 1878 ore 12 1/2 ant.	11	12,
2	Gall. D.	21	28 luglio 1877	11 maggio 1878 ore 10 1/4 ant.	11	12
3	Gianfal. M. . . .	25	15 luglio 1877	21 aprile 1878 ore 2 pom.	10	12
4	Del Penn. A. . .	17	Aprile 1878	24 gennaio 1879 ore 2 1/4 ant.	12	12,
5	Cass. C.	21	?	20 giugno 1879 ore 9 1/2 ant.	10	12
6	Bartol. C. . . .	30	16 maggio 1878	16 febbraio 1879 ore 5 1/2 pom.	12	13
7	Cerrett. R. . . .	22	?	21 maggio 1879 ore 7 3/4 ant.	11	13
8	Giunt. C.	19	?	2 maggio 1879 ore 11 ant.	11	13
9	Andolf. A. . . .	24	28 aprile 1878	1 febbraio 1879 ore 9 ant.	11	12,
10	Michel. N. . . .	?	?	19 luglio 1880 ore 7 ant.	11	13,
				SOMMA	110	126,
				MEDIA	11,00	12,

00 a 3500 gr. *Tavola* XVIII.

mipare

	D. Occipito bregmatico	D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza Occipito frontale	Circonferenza Basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
0	9	10	6	6,50	29	34	30	12	10	26	25	51	3400
0	9	10	6	6,50	30	34	32	11	9	26	24	50	3060
0	8,50	9	6	6	28	32	31	10	9	25	25	49	3250
0	9,50	10,50	7	7	27	34	37	10,50	9	25	25	50	3120
0	8	10	6,50	7	29	34,50	38	11	9	23	25	48	3100
0	9	10	7	7,50	30	36	38	11	9	26	24	50	3230
0	9	10	6	6	29	34	39	11	9	24	25	49	3140
0	9	10	6	7	27	36	37	11	10	24	24	48	3390
0	9,50	10	6,50	6,50	27	34	37	11,50	9	24	25	49	3200
0	9	9	6	6	27	35	40	11	9,50	25	25	50	3200
0	89,50	98,50	63,00	66,00	283	343,50	359	109,00	92,50	248	247	494	32090
00	8,95	9,85	6,30	6,60	28,30	34,35	35,90	10,90	9,25	24,80	24,70	49,40	3209,00

FEMMINE

Feti del peso

Nati

N.° d'ord.	COGNOME E NOME	Età	Ultima mestruazione	Giorno ed ora del parto	D. Occipito frontale	
1	Niccol. T. . . .	25	21 agosto 1877	5 giugno 1878 ore 6 1/4 ant.	11	1
2	Ros. M.	28	20 luglio 1877	20 maggio 1878 ore 2 1/2 ant.	11	1
3	Cion. F.	22	10 luglio 1877	25 maggio 1878 ore 9,10 ant.	11	1
4	Busat. A. . . .	24	8 maggio 1877	22 febbraio 1878 ore 9,20 pom.	10	1
5	Valsec. R. . . .	27	24 maggio 1877	10 febbraio 1878 ore 11 pom.	11	1
6	Simon. S. . . .	29	1 luglio 1877	26 dicembre 1878 ore 1 1/4 pom.	11	1
7	Card. L.	40	1 giugno 1878	7 marzo 1879 ore 9 ant.	11	1
8	Del Cors. C. . .	31	30 maggio 1878	17 febbraio 1879 ore 7 1/2 pom.	11	1
9	Del Cor. T. . . .	31	26 maggio 1878	10 marzo 1879 ore 2 pom.	11,50	1
10	Vent. M.	36	3 giugno 1878	20 marzo 1879 ore 8 3/4 ant.	11	1
				SOMMA	109,50	12
				MEDIA	10,95	1

000 a 3500 gr. *Tavola* XIX.

ltipare

	D. Occipito bregmatico	D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza Occipito frontale	Circonferenza Basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi	Lunghezza del corpo	Peso
	9	9	5	6	28	33	32	11	9	26	24	50	3280
	8,50	10	6	6,50	28	33	27,50	10	9	25	24	49	3120
	9	9,50	6	7	28	35	34	11	9	25	25	50	3270
0	9	9	6	7	30	34	38	11	9,50	25	25	50	3200
	8	9,50	6	7	28	33	31	10	9	25	24	49	3010
	8	10	6	6	30	34	32	11	9	25	25	50	3400
	9	10	6	7	26	33	36	13	10	24	26	50	3050
0	8,50	10	7	6,50	26	33	36	10	9	25	25	50	3150
	9	10	6	7	26	34	36	11	8	25	25	50	3000
	9	10	6	6,50	30	34	37	11,50	9	24	25	49	3370
0	87,00	97,00	60	66,00	280	336	339,50	109,50	97,50	249	248	497	31850
0	8,70	9,70	6,00	6,60	28,00	33,60	33,95	10,95	9,75	24,90	24,80	49,70	3185,00

Tavola XX.

DIMENSIONI DEL FETO A TERMINE

secondo diversi Autori

N.° d'ordine	NOME DEGLI AUTORI	D. Occipito frontale	D. Occipito mentoniero	D. Biparietale	D. Occipito bregmatico	D. Trachelo bregmatico	D. Mento faciale	D. Bizigomatico	Circonferenza faciale	Circonferenza Occipito frontale	Circonferenza Basilare	D. Biacromiale	D. Bitrocanterico	Distanza dall'ombellico al bregma	Distanza dall'ombellico ai piedi
1	Joulin	11,00	13,50	9,00	—	9,50	8,00	—	—	35,00	—	—	—	—	—
2	Braun	10,80	13,50	9.40	—	—	8,10	8,10	—	35,10	—	—	—	—	—
3	Schröder	11,75	13,50	9,25	—	10,00	—	—	—	34,50	—	—	—	—	—
4	Lenoir, See, Tarnier	11,50	13,50	—	—	9,50	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	Pastorello . . .	11,40	13,50	9,40	—	—	—	—	—	—	—	10,80	8,23	—	—
6	Balocchi	11,00	13,50	9,30	—	9,50	9,00	6,51	22,50	34,00	—	—	—	—	—
7	Playfair . , . .	12,50	13,50	10,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

10	Hubert	11,00	13,50	9,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Chailly-Honoré. .	11,00	11,00	9,50	—	9,10	—	—	—	—	—	11,00	9,00	—	—
12	Capezzi . . . . , .	10,80	13,50	9,40	—	9,40	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Scanzoni	12,00	13,50	9,50	—	9,00	8,00	8,00	—	40,00	—	—	—	—	—
14	Boivin	10,93	13,50	8,23	—	8,28	8,23	8,10	—	—	—	10,93	8,16	27,90	18,90
15	Jacquemier . . .	10,80	12,10	9,00	—	9,00	8,00	—	23,24	34,00	—	12,10	9,00	—	—
16	Verrier	12,00	13,50	9,50	—	9,50	8,00	8,00	—	34,00	—	—	—	—	—
17	Saboia	11,50	13,50	9,50	—	9,50	8,00	—	24,00	34,00	—	—	—	—	—
18	Tarnier	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12,00	9,00	—	—
19	Budin	11,50	13,50	9,50	—	—	—	8,00	—	—	—	—	—	—	—
	Somma . . .	205,73	239,35	152,73	—	99,28	65,33	46,71	69,74	320,60	—	56,83	43,39	27,90	18,90
	Media . . .	11,42	13,20	8,90	—	9,02	8,16	7,78	23,24	35,62	—	11,36	8,67	27,90	18,90

N.B. Sono lasciati in bianco tutti quei diametri che nei rispettivi autori contro segnati non riuscii a trovare.

Quale è la media delle dimensioni fetali che da molto tempo si dànno dai trattatisti, quale quella che il Budin assegna, dietro le sue ricerche ai feti a termine? Stanno esse molto vicine alla mia o se ne discostano grandemente? Quale media infine merita d'essere preferita?

Le misure della testa fetale a termine, dalla maggior parte degli ostetrici sono date, ripetiamolo, quale resultato di note prese al momento della nascita, come è delle mie, quindi giovava riportarne qui almeno le principali (Vedi Tav. XX).

Invece che scegliere fra le tante svariate misure dei dotti Ostetrici nazionali ed esteri ed andare a prendere quella del più rinomato o del più accurato fra essi, volli riunirne diverse e ricavarvi una media. Confronterò poi con queste la mia, la quale ha un pregio che non è superbia riconoscerle da sè stessi, derivandole dal vistoso numero delle osservazioni e dalla specie del metodo tenuto.

Intanto devo dire fin d'ora che questa media è tolta dalla tavola XV, ossia è delle misure dei feti che pesavano da 3000 a 3500 grammi, perchè si considerano tutti a nove mesi avendo ormai constatato che i neonati a termine pesano in media questo tanto. Eccoci alle cifre:

	Media degli Autori	Media delle mie tavole
D. Occipito Frontale	11,42	10,96
D. Occipito Mentoniero	13,20	12,27
D. Biparietale	8,90	8,79
D. Occipito Bregmatico	—	8,69
D. Trachelo Bregmatico	9,02	10,10
D. Mento Faciale	8,16	6,49
D. Bizigomatico	7,78	6,53
Circonferenza Faciale	23,24	28,28
Circonferenza Occip. Frontale	35,62	33,33
Circonferenza Basilare	—	34,64

D. Biacromiale	11,36	10,95
D. Bitrocanterico	8,67	9,28
D.ª dall'Ombellico al Bregma	27,90	24,81
D.ª dall'Ombellico ai Piedi	18,90	24,50

Ci occuperemo più oltre della lunghezza del feto a termine e del peso.

La media degli autori è tratta dalla Tav. XX dove stanno per ordine segnate quelle di ogni Ostetrico da noi consultato; senza troppo dilungarsi nella discussione credo aver diritto di non dar grande valore alla media soprascritta, perchè diversi gli istrumenti usati, non ragguardevole il numero degli individui che esaminarono, non sicura l'esattezza di alcune misure, non sempre eguale per tutti gli Autori il punto di partenza ed il punto d'arrivo del craniometro scelto. Pure pensai porla qui perchè ritenni non ozioso il conoscere la varietà dei resultati numerici messi innanzi da tanti Ostetrici e per mostrare col fatto che val meglio adottare il responso numerico di una misurazione uniforme, ricca di dati, quale è la media che m'appartiene.

Vedasi ora quali fatti scaturiscono dal porre questa mia a riscontro con quella data dal Budin, che per comodo ed evidenza maggiore non è male sia qui collocata.

MISURE DEL BUDIN.

Feto a termine.

D. Massimo	13 ½	D. Bimastoideo	7
D. Occip. Mentoniero	13	Grande Circonferenza	38
D. Occip. Frontale	11 ½	Piccola Circonf.	31 ½
D. Sotto Occip. Fron.	10	Peso	3250
D. Biparietale	9 ½	Lunghezza	49
D. Bitemporale	8		

Nel peso dei feti a termine ottenni un egualissimo numero cioè K. 3,250 ed è interessante avvertire che la mia, come la media del Budin, concordano con l'altra del Hecker, la quale ha significantissimo merito per essere condotta sopra una grande quantità di soggetti (1000); mentre poi si dilungano molto dal peso indicato dallo Schröder (3179).

Nella lunghezza la mia misura (49 $^1/_2$) conta $^1/_2$ centimetro più di quella del Budin, il quale, (giova ricordarlo) ricercando il peso e la lunghezza del corpo, ugualmente a me, scelse feti nati d'allora. La lunghezza poi assegnata ai nati a termine dallo Schröder (49) è ancora più lontana dalla lunghezza data da me, la quale, mi lusingo venga più volentieri accettata accostandosi più d'ogni altra a quanto le assegna uno dei più recenti trattatisti d'ostetricia, il Playfair (c. 50) e al numero (c. 51,2), prodotto delle osservazioni di Hecker.

Quanto al diametro massimo di Budin che, per le ragioni altrove esposte, non posso oggi registrare qui con la sua misura, ho pochi ma attendibili osservazioni di recente da me istituite e tutte confermano la vera esistenza di esso, non essendosi avuto dei feti sottoposti allo studio neppure uno, nel quale la misura descritta dal Budin non sia apparsa maggiore d'ogni altra e dello stesso occipito mentoniero fin a qui *facente funzione* di massimo. Resta a vedere come ha scritto l'illustre mio Maestro il Cavalier Prof. Carlo Minati (1) se, per il troppo esteso campo dove è a fissarsi il punto posteriore, avrà quella importanza ostetrica, che a prima vista non gli si saprebbe negare.

Il Budin ed il Ribemont ridussero a cifre rotonde i diversi numeri delle loro medie e volendo ora paragonare con le loro le mie non possiamo non imitarli. Così facendo ne segue che l'*occipito mentoniero*, l' *occipito frontale* e il *biparietale* dei feti da me misurati vengono ad essere ai loro di $^1/_2$ centimetro minori.

---

(1) *Ostetricia Minore*, Lezioni di C. Minati. Hoepli, Milano, 1881.

Il fatto che le ultime due medie Budin e mia vennero basate su misure raccolte in due epoche d'età fetale non eguali, (la prima 72 ore dopo la nascita, la seconda appena questa avvenuta) forse non mi permetterebbe un circostanziato e inappuntabile raffronto sul quale guidare la scelta d'una di dette medie; ma per una di quelle accidentali circostanze che hanno eloquenza a dispetto delle difficoltà intriganti la netta dimostrazione del caso, questo stesso fatto mi porge il destro di farmi cogliere a volo dentro a questo studio di comparazione alcune pregevoli conferme degli utili lavori anatomici ostetrici del ricordato Budin e, se io non mi inganno, raccapezzarvi al tempo stesso alcuna altra cosa buona per le nostre scienze.

Gli individui esaminati dal Budin in Francia non sono certamente in perfette egualissime condizioni etnologiche degli Italiani che io osservai; pure dagli ostetrici di qua si accettò fino ad ora quello che diè la craniometria e la pelvimetria Francese e vi fu ancora chi fondò delle medie sopra esperimenti pelvimetrici di Francesi, Italiani, Tedeschi, Americani, Inglesi, confusi insieme. Valga questo ad attenuare una delle difficoltà principali per trarre profitto dal paragone delle medie. Il modo poi con il quale lo eseguirò, le particolari illustrazioni che lo accompagneranno, mi convinco abbiano a togliere affatto ogni scrupolo o ritrosia per accoglierne le deduzioni, per fare buon viso alle conseguenze che ne verranno a discendere.

Il Barnes in una sua elaboratissima tesi riproduce alcuni modelli di teste deformate grandemente per il parto prolungato a dismisura. Per questo dottissimo ostetrico di Londra i diametri *occipito mentoniero* e *occipito frontale* sono quelli che si accrescono e per un parto soverchiamente protratto (lingering) arrivano fino all'aumento di più d'un pollice, mentre il *biparietale* decresce tanto da rendersi in estensione uguale all'inter-auricolare. Olshausen è con esso giacchè difende quest'ultimo rimpiccolimento.

Il Budin dalle proprie esperienze, ed accostandosi assai a quanto lo Stadfeldt nel 1871 aveva già concluso, ricava che quei due primi diametri sono invece quelli che diminuiscono e piuttosto si aumenta il diametro ch' egli denominò *massimo*. Quello che più diminuisce è il *sotto occipito bregmatico*, viene secondo il *bitemporale* e meno di tutti soffre diminuzione il *biparietale*. Ecco adunque che per questi ultimi studi la riduzione più considerevole della testa non è più secondo il diametro biparietale, il quale al contrario si ridurrebbe meno di tutti.

Venendo, dopo queste brevi e necessarie premesse allo scopo che mi sono prefisso prendo subito a studiare sulla differenza di $^1/_2$ centimetro fra i due diametri occipito mentoniero ed occipito frontale misurati dal Budin e da me nelle due accennate epoche diverse.

L' aumento nei diametri Budin non è a ragione spiegato dal tempo di 72 ore corse fra l' una misurazione e l' altra? E se così può stare la cosa chi è che non veda come io possieda ora il mezzo di presentare allo stesso esimio ostetrico Francese una ulteriore prova della precisione e verità della sua asserzione un momento fa riferita sulla modificazione diametrica dell' occipito frontale e dell'occipito mentoniero?

Non così per vero il parallelo delle medie in questione parla per il diametro biparietale, che il Budin sosterrebbe meno d'ogni altro rimpiccolito; per questo si scorge, è vero, un meno simile di $^1/_2$ centimetro e se come per quei due prima esposti la distanza di 72 ore fra i due momenti d'osservazione mi autorizza a tenere per giuste e la mia e la misura del Budin e fa comprendere che il biparietale è uno dei diametri pur capaci di riduzione, significa però ad un tempo (contrariamente all' idea di Budin) che tale riduzione non è inferiore a tutte o almeno risulta a me simile a quella dell'occipito mentoniero e frontale.

Per questo rimpiccolimento del biparietale parrebbe indispensabile l'avvicinamento degli ossi omonimi, sui quali è condotto

questo diametro; ma l'accavallamento dei medesimi sostenuto già dal Dohrn e Grossmann ed altri, oggi si vuole rarissimo a succedere nel bacino normale secondo il Tarnier e lo Schröder, i quali dicono che si ha invece la sottoposizione dell'occipitale e del frontale ai parietali. Budin si è tenuto a questa opinione, sviluppandola con l'aiuto d'un lavoro anatomico. Per questo è che scese alle conclusioni da me ripetute nelle prime pagine del mio scritto, e che riguardano la riducibilità notevole di alcuni poca o punta di altri diametri.

Di qui anche un'altra deduzione.

La media da me fatta, per quelle misure che ha omonime alle citate del Budin trova in questo luogo un addentellato maggiore per essere presa in considerazione, dei notevoli divarii in alcuni numeri, essendosi rinvenuti persuasivi argomenti, e per le altre cifre (quelle spettanti al peso ed alla lunghezza), niuno dirà non essere nel vero, primieramente perchè con la medesima cura, con ugual metodo, in circostanze consimili a quelle del Budin ottenute, poi per altri non pochi e giusti motivi che lungo sarebbe l'enumerare e che io tralascio, avendone già messi innanzi parecchi in altro luogo.

Sulla RIDUCIBILITÀ della testa fetale il Playfair scrive: *le degré de compression et de amoindrissement que peut supporter la tête sans que l'enfant en souffre n'est pas connu d'une façon certaine, mais il est sans aucun doute* CONSIDERABLE. È questa una tesi la di cui trattazione oltre cadere qui molto opportuna, generalmente si riconosce essere di somma entità; e per le riforme terapeutiche oggi proposte in tocologia assume poi uno speciale e nuovissimo interesse.

Infatti non è soltanto sulla preferenza meritata da altri compensi curativi, fra i quali taluni anche operatorii, che il Tibone, il Chiara, il Freund non accordano più tanta della simpatia che fin qui universalmente sentivasi al *parto prematuro artificiale*, non è neppure per la ragione sola delle proporzioni percentuali

dei decessi dai medesimi ostetrici veduti, quando nelle stenosi pelviche furono provocati parti prematuri, ma è proprio ancora per avere assistito alla terminazione naturale di parti, nell' effettuazione dei quali stavano di fronte due grandi problemi: 1.° o avere luogo il massimo di riduzione cefalica possibile, 2.° o doversi ricorrere al parto istrumentale in genere.

L'illustre Prof. D. Chiara Direttore dell'Istituto Ostetrico di Milano a pag. 462 del suo bel lavoro « *Qua e Là per il Registro Clinico dell'anno* 1878 », (ch'ei m'inviò in dono e per cui gli rendo qui cordialissime grazie) esce in una sentenza la quale ha vicino rapporto con quanto or ora discorrevamo. La sentenza è, a confessione del medesimo autore, non esente dal pericolo di sentirsi *mettere all'indice* in qualche scuola ostetrica. Egli la nobilita anche del titolo di articolo di fede: e davvero, le argomentazioni altamente scientifiche con le quali la presenta, l'esposizione ammaliante dei fatti che vi unisce a corredo, impongono assai e sono persuaso faranno non pochi proseliti.

Quella sentenza dice: « il parto prematuro, quello almeno che con la metodica interruzione della gravidanza tende a girare gli ostacoli associati alla stenosi pelvica sta compiendo, se pure non l'ha compiuta, la sua parabola ».

Baudelocque ci narra di aver veduto neonati con teste che misuravano 16-19 centimetri dal mento al vertice e quindi con una relativa diminuzione in altra regione craniense.

Troviamo poi in Verrier che sonosi effettuati parti spontanei, a termine, in bacini il cui diametro sacro pubico non dava alla pelvimetria più di centimetri 7.

Dall'Hubert *(Cours d'accouchements* 1880) apprendiamo di più che nacquero spontaneamente e vivi feti con depressioni del cranio dai 15-18 millimetri.

Denman inoltre riporta casi di riduzione pervenuta fino a 3 centimetri. Solayres e Boër danno le prove di una riduzione riconosciuta dell'esatta misura di 2 centrimetri e $^1/_2$ sempre in feti nati a termine.

L'egregio mio amico e collega Dott. Libero Bergesio nel suo erudito studio — *Cefalotribo* o *Cranioclasta?* — ci riferisce che il Freund a Strasburgo ha più volte assistito donne le quali partorirono naturalmente a termine, il loro bacino non misurando più di 75 a 76 millimetri.

Del celebre ostetrico torinese, Prof. D. Tibone, per comunicazione datane dal suo assistente, il medesimo Dott. L. Bergesio (citata anche dal Prof. Chiara) sappiamo che ha lasciato alla natura cinque parti di donne con vizi di bacino fino a quel giorno tenuti come vere indicazioni al parto prematuro artificiale e quei cinque parti felicemente si compierono.

Del potere riduttivo della testa fetale parlano ancora molte applicazioni di forcipe, di aiuto-forcipe in mano d'ostetrici valenti riuscite bene e senza danno della salute del feto, non che poi le esperienze che il Joulin praticò sui cadaverini di neonati, non arrecando mai lesioni sostanziali alle ossa craniensi.

Un tale indice di compressibilità non interessa a noi in questo momento se non per confermare una volta di più l'attitudine grande che ha la testa del feto ad essere ridotta, sempre però avvertendo, con il Pastorello, che ammessa anche una grande tolleranza dal lato del cervello fetale e la sua oscura sensibilità, altro è la graduata pressione che il nobile organo sopporta, se il feto traversa spontaneo la filiera pelvica, altro quel brusco e sollecito acquattamento cui lo sommettono gli istrumenti ostetrici.

Nei bacini di Boër e Solayrés si aveva una misura di 74 a 67 millimetri; dicemmo già della relativa riduzione cefalica da essi portata. In quelli del Freund non meno di 75 a 76. Ricordata la misura del maggiore diametro fra quelli che più si riducono nei feti a termine e postala a riscontro col vizio di bacino nelle citate donne della clinica di Strasburgo, concludesi che la capacità riduttiva della testa del feto giunse a centimetri 2 e 50^{mm} e 2,60^{mm}.

Non conosciamo la resultanza della pelvimetria dei cinque vizi di bacino in quelle donne che il Prof. Tibone vide sgravarsi

senza soccorso ostetrico alcuno nè manuale nè istrumentale od altro valevole a influenzare l'andamento del parto; pure sapendo che la Scuola dall' esimio Prof. Tibone diretta, considero un tempo vizi consimili come altrettanti indicazioni al parto prematuro artificiale ed inoltre che la medesima scuola *ad 8 centimetri di coniugata nel bacino piatto oggi non interrompe più la gravidanza* si può dedurre che in quei casi la riduzione non scese certamente sotto i *due* centimetri.

Raccogliendo ora il frutto delle notizie varie dei citati autori, di queste nostre considerazioni, e di alcune esperienze mie proprie in feti misurati a distanza fissa di molte ore, stimo non portarmi lungi dalla assoluta verità asseverando che la testa di un feto nonimestre può essere esposta ad una compressione *naturale* che ne diminuisca l' ampiezza di centimetri due; eccezionalmente anche qualche millimetro al di sopra. Ciò però non deve servire ad incoraggiare una soverchia aspettazione, spinta fino a lasciare uscire una testa così deforme da parere (mi si passi il vocabolo) una vera frittata: lo dico perchè consta a me che ciò sia un giorno in un dato paese avvenuto.

Per questa notevole compressibilità del cranio del feto non sia l'opera dell'ostetrico richiesta meno premurosamente e il momento opportuno per l'atto operatorio neppure si lasci sfuggire da chi tiene a cuore la salvezza della madre e del figlio e un tantino si occupa ancora del proprio buon nome.

È ormai accertato che il lungo aspettare, il troppo stare inoperosi dinanzi ad un parto di cui tarda il termine, oltre che occasionare funeste conseguenze pel feto è frequentemente di perniciosi effetti agli organi materni. Facili se ne hanno le alterazioni lochiali, probabili le profonde ecchimosi nell' interno delle vie genitali, dove talora pur troppo si constatano anche gravi ed estese lacerazioni, cancrene e per ultimo fistole, le quali come costituiscono un tristo, penoso e mortificante retaggio di alcuni parti, sono in taluni casi (per la continuata indecisione ad

intervenire con atti operatori) una testimonianza spiacevole della poca energia e della non utilizzata esperienza del chirurgo ostetrico.

La tavola ove riportai le medie delle varie classi dei maschi e delle femmine istituite secondo il loro peso e che è naturale filiazione del complesso delle tavole precedenti, senza le quali non avrebbe potuto essere composta, parla in favore di un'altra conclusione del Budin.

Sebbene come già feci osservare, io abbia praticate le mie indagini sui feti appena che nacquero, pure tenendomi alla istessissima classazione dei pesi ho la comodità di riaffermare che: *i diametri della testa aumentano col crescere del peso degli individui.*

Dalla medesima tavola mi è dato ancora togliere un argomento incrollabile per combattere insieme a Ribemont e Budin il Pfannkuch per il quale a *eguale peso* la testa dei maschi sarebbe più voluminosa di quella delle femmine come pure maggiore si troverebbe nei primi la lunghezza del corpo.

Non fu questo osservatore il primo a sostenere ciò, già Simpson dopo Collins di Dublino e Clarke se ne occuparono con insistenza e serietà tale da riescire a trascinarsi dietro la convinzione di molti nobili cultori della scienza ostetrica; così lo Schröder, il Playfair ed il Tarnier riferiscono l'opinioni di Simpson, alcuni non mostrando di osteggiarle, altri, Schröder, ecc., difendendole moltissimo come se fossero loro proprie.

Ora dalla esposizione dei dati statistici del Collins resultava che 145 donne morte di parto avevano dato alla luce 45 femmine e 105 maschi; sopra 1121 morti alla nascita erano 614 di sesso maschile e 507 di sesso femminile.

Clarke sopra 65 nati e che morirono nel parto aveva contati 50 maschi e 15 femmine.

Su questi resultati di statistica ostetrica si concluse che i feti di sesso maschile nascendo erano di per sè esposti a maggiori pericoli e vi esponevano pure la madre. E di tutto si accagionò

il volume maggiore della testa fino a quest'oggi attribuito ai maschi e solamente spiegato come caratteristica differenziale del sesso.

Qui mi piace fare tesoro di una frase veramente aurea caduta dalla penna di uno dei più illustri ostetrici italiani il ricordato Prof. Chiara che di certe cifre e del loro superficiale significato a ragione poco si fida. Egli dirigendosi al distintissimo Dott. R. Griffini in una sua lettera dice « non incapperò nel biasimo di avere accarezzato la rettorica delle cifre, la quale è tanto più pericolosa quanto meno apparente n'è la natura, come quella che si presenta colla dimessa e prosaica veste dei numeri e del conteggio ». Quanta verità in queste poche parole! La statistica è proprio un'arma a due tagli e le cifre citate talora a sostegno d'un dato argomento possono prestarsi a combatterlo ad annientarlo. Così nè il Simpson quando concluse sopra troppi svariati elementi di confronto e non si curò di porre condizioni che tenessero di qua e di là pari la bilancia prima di farci cadere l'oggetto da pesare nel suo giusto valore, nè il Pfannkuch, sebbene egli si premunisse contro una facile obiezione operando su feti maschi e femmine *d'uguale peso*, nè l'uno nè l'altro, diciamo, ebbero dalle cifre che invocarono a loro difesa quella dimostrazione, quel sostegno che si tenevano sicuro.

Infatti esaminando minutamente le misure inscritte nelle tavole XIII e XIV tanto pei maschi come per le femmine si vede che mano a mano che il peso va prendendo proporzioni più alte la lunghezza del corpo ed i diametri della testa pure guadagnano in estensione, così che, giova ridirlo, non il sesso diverso ma il peso che varia da individuo ad individuo, indusse le differenze volumetriche nei feti che in buon numero ebbi sott'occhio. Se non convincesse abbastanza una fugace scorsa data a quelle tavole così significanti, potrei aggiungere una prova della cui grande validità lascierò giudice il lettore.

Per fortunata coincidenza avvenendo che la media del peso

nella 2ª classe femmine, uguaglia quella del peso nella 2ª maschi, ci è permesso anche una volta di scorgere quale influenza spiega il sesso nella variabilità delle misure e la cosa sarà qui tanto più esatta, perchè da un lato abbiamo 15 soggetti e dall'altro altrettanti. Ebbene, passando in rivista e per ordine quelle 16 colonne e ponendo l'una di fronte all'altra, quella prima dei maschi con la omonima delle femmine, la seconda con la seconda e così via via, ci si imbatte in un fatto che vale un tesoro. Si trova nientemeno (!) che sono maggiori un buon numero di volte di più i diametri e le altre dimensioni nelle femmine che non nei maschi. Certamente per questo non si verrà alla conclusione inversa del Pfannkuch, ma con migliore diritto si potrà respingere la sua e su questa base erigere forte ed inespugnabile quanto ancora con il Budin vado enunciando cioè: *che la lunghezza del corpo e delle misure craniensi cambiano in ragione del variare del peso e non del sesso.*

Mi occuperò ora di un altro soggetto che non trovo toccato negli ultimi lavori sul feto e che lo Schröder accennò appena nel suo trattato (1875). A pag. 51 del medesimo si legge: *les enfants des multipares présentent un volume plus grand que celui de jeunes primipares.*

I miei quadri dando interessanti notizie in proposito, vale la pena di consultarli per vedere di trarne un qualche frutto.

La tavola XVI enumera i diametri, le dimensioni ed i pesi (da 2500-3000 grammi) di feti *maschi* nati da *primipare* e la XVII enumera pure quei dati in egualissime condizioni, ma di *maschi* nati da *multipare.*

Le tavole XVIII e XIX sono state fatte raccogliendo le osservazioni sui neonati che pesavano dai 3000-3500 grammi e nella prima leggonsi le misure delle *neonate* di *primipare* e nella seconda delle *neonate* di *multipare.*

Avendo voluto raggiungere questo scopo diversamente, vi sarebbe stata un'altra esattissima maniera, quella di servirsi dei

feti nati sempre da medesime donne e considerarli nel primo e nei parti successivi; ma il non vistoso concorso delle gravide in questi due anni e il non ritornare sempre delle stesse alla Clinica divenivano ostacoli che il lunghissimo tempo ed il molto protrarsi di questo studio soltanto avrebbero vinto.

Incominciando dalle tavole ultime ricordate salta subito agli occhi di chi le guardi pure superficialmente che le *bambine nate da donne multipare hanno diametri e dimensioni e peso* MINORI *delle bambine che nacquero da primipare.*

Pongo per ordine le medie delle misure fetali dell' une e delle altre, in due righe che stiano fra loro parallele, per brevità sopprimendo il nome dei diametri e delle varie dimensioni cui spettano quei numeri, e viene così reso evidente e manifesto di primo acchito il resultato che poco fa riportai come necessaria deduzione delle mie indagini nelle tavole in discorso.

MEDIA DELLE NATE DA PRIMIPARE.

															(3000-3500 gr.)
11,	12,60	9,00	8,95	9,85	6,30	6,60	23,30	34,35	35,90	10,90	9,25	24,80	24,70	49,40	3209

MEDIA DELLE NATE DA MULTIPARE.

															(3000-3500 gr.)
10,95	10,10	8,90	8,70	9,70	6,00	6,60	23,00	33,60	33,95	10,95	9,75	24,90	24,80	49,70	3185

Prese poi in istudio le due altre tavole, per le prime indicate, cioè la XVI e la XVII, dal semplice confronto delle medie loro che risparmio di trascrivere, chiaramente ancora apparisce che i *figli nati da donne multipare hanno diametri, dimensioni e peso minori dei figli nati da primipare.*

Quindi siamo proprio agli antipodi delle idee di Schröder. Le risultanze ch' io ebbi da quelle comparazioni sono per me le sole attendibili, perchè so di essermi premunito di tutte quante le cautele e le diligenze maggiori volendo un dato finale che potessi annunziare per l' espressione fedele della verità. Non fidan-

domi di misurare feti di un solo sesso, appositamente li cercai di sesso maschile e femminile e nel dubbio che cadendo sempre in una stessa classe di pesi per evenienza accidentale, per coincidenza strana soltanto si pervenisse a quella lampante disparità, d'altronde così preziosa e per me senz' altro decisiva, ripetei l'esperimento ancora per un'altra classe di pesi e fui soddisfatto di apprendervi la riconferma delle prime conseguenze.

Un'altra importante questione che fu tanto e tanto agitata un tempo fra gli ostetrici e che, ora non è molto, tornò a galla per gli studi dell'Hecker, è quella del luogo più comune d'inserzione del cordone ombellicale nei feti a termine.

Sappiamo tutti come e quanto grandemente fosse valutata non solo dai cultori d'ostetricia ma pur anco da quelli della Medicina legale l'opinione dello Chaussier, per cui era un carattere del feto a termine l' uguagliarsi delle due distanze dal bregma all' ombellico e dall' ombellico ai piedi, mentre questo stesso autore aveva trovata ragione di affermare altresì che la prima distanza, ossia la superiore è più lunga d'un pollice nei feti ottimestri, di due pollici nei settimestri e così via via.

Pastorello con studi rigorosi e ripetuti impugnò la verità al detto dello Chaussier, riscontrando che in 150 bambini, a maturità, esaminati sul nascere, la distanza sopra ombellicale fu sempre maggiore della sotto-ombellicale e che nei feti ottimestri e settimestri la differenza proporzionale fra le due distanze fu così esigua da non permettere che vi si rinvenissero gli elementi per un segno differenziale delle diverse età intra-uterine del feto.

In questo medesimo senso parlarono e decisero più tardi il Billi di Milano ed il Lovati di Pavia che appoggiarono calorosamente la media presentata dalla Boivin.

L'Hecker con un materiale ricchissimo di dati venne alle seguenti affermazioni: L' inserzione ombellicale non è elevatissima che fino al 6° e 7° mese: da questo momento è presso a poco corrispondente alla parte media del corpo. Il cordone s' inserisce

in modo che la distanza della sinfisi a quella dell' appendice ensiforme sta come 1 : 16.

Per il Playfair decisamente nei feti a termine il funicolo ombellicale prende attacco un poco più in basso del centro del corpo, ciò che equivale a dire che la distanza ombellico-bregmatica o cefalica è maggiore della ombellico-podalica. E le nostre Tavole cosa fanno pensare su questo tema? Vediamolo incominciando dalla divisione dei maschi.

Nella 1ª classe (1500-2000 gr.) la distanza ombellico-cefalica è maggiore della sottostante di cent. 1. 83.

Nella 2ª classe (2000-2500 gr.) cent. 0, 87.

Nella 3ª classe (2500-3000 gr.) cent. 1, 50.

Nella 4ª classe (3000-3500 gr.) cent. 0, 97.

Nella 5ª classe (3500-4000 gr.) cent. 1, 20.

Nella 6ª classe (4000-4500 gr.) cent. 1, 38.

Cosichè nei feti maschi a termine il funicolo ombellicale viene ad avere la sua sede cent. 0, 97 più bassa del centro del corpo, resultando di questo tanto superiore all'ombellico-podalica, la distanza ombellico-bregmatica o cefalica.

Nei feti con pesi al disotto ed in quelli con pesi maggiori ai segnati nella classe di peso medio, che è da kil. 3,000-3,500, si notano differenze ragguardevoli fra le suddette due lunghezze sempre in favore della ombellico-cefalica che trovasi costantemente più grande.

Se poi passiamo alla divisione delle femmine si ha che:

Nella 1ª classe (1500-2000 gr.) le due lunghezze sono perfettamente eguali.

Nella 2ª classe (2000-2500 gr.) la lunghezza che noi chiamammo ombellico-cefalica o bregmatica supera l'altra di cent. 1, 40.

Nella 3ª classe (2500-3000) la supera di cent. 0, 74.

La 4ª classe poi (3000-3500 gr.) indica un prodotto inverso poichè la lunghezza podalica invece di essere minore è più estesa della cefalica di cent. 0, 14.

Così nella 5ª classe (3500-4000 gr.) di cent. 0, 69.

E nella 6ª classe (4000-4500 gr.) di cent. 1, 00.

La conclusione qui varia non poco e contrariamente a quanto si è ottenuto pei maschi, *nelle femmine a termine accade che la lunghezza ombellico-cefalica è più piccola, quindi l'inserzione ombellicale in essa è più alta* e questo caratteristico segno desunto dalle medie delle mie tavole diviene sempre più distinto e marcato con il crescere dei pesi nei soggetti medesimi.

La Tavola XV è là per confermare anche con più convincenti argomenti, occorrendo, quella differenza speciale alle neonate a termine. Sono in essa radunati 32 feti di sesso maschile e 32 di sesso femminile tutti tolti dalle classi del peso medio di 3000-3500 grammi.

Nei 32 bambini la distanza ombellico-cefalica si spinse fino a cent. 25, 17, l'ombellico-podalica toccò soltanto cent. 24, 20, ossia la prima vinse quest'ultima di cent. 0, 97, precisamente quanto si era ricavato dall'esame delle altre tavole.

Eccoci al fatto essenziale e che convalida l'importanza delle conclusioni sopra esposte in modo tanto più significativo, come quello che scaturisce dal confronto di un egual numero di dati. Le 32 neonate della Tavola XVI presentano la lunghezza-ombellico-cefalica al di sotto dell'altra, in media di cent. 0, 25, ciò che equivale a dire (anche qui) un'inserzione del funicolo più alta che nei feti maschi parimente a termine, ossia è una volta di più e praticamente raddoppiato il valore delle prime deduzioni espresse in generale.

La varietà delle misure che misi nelle mie Tavole permettono di trattenersi un momento anche sulle dimensioni trasversali della parte superiore ed inferiore del tronco del feto nei due sessi, io però non posso interrogare tutte quelle Tavole che qui ho pubblicato, ma devo fare unicamente conto di alcune che per brevità lasciai di aggiungere e delle quali mi limito a riferire i dati finali.

In feti maschi e femmine il cui peso era sempre cercato uguale dalle due parti, il diametro bitrocanterico resultò di 9 centimetri sì nell'uno come nell'altro sesso, e il diametro biacromiale in egual caso di esperimento si fece notare più esteso nei maschi e precisamente con la differenza di mill. 17.

Ho detto che non potevo servirmi delle Tavole di questo lavoro per il tema in discorso; devo ora spiegarne il perchè: Le medie delle Tavole I a XII sì per il diametro biacromiale come per il bitrocanterico non si possono prestare allo studio delle differenze indotte dal sesso nelle misure trasversali del tronco appartenendo a feti maschi e femmine di non costante e simile peso, poichè passano sempre 500 grammi fra i due dati quantitativi di ciascuna classe; e questa estensione di quantità variabile è confusamente goduta ora dai maschi, ora dalle femmine; ciò che avrebbe condotto di necessità a qualche resultato illusorio. Ma queste stesse medie inservibili per il quesito che già posi sull'influenza del sesso sui due diametri ricordati, hanno per altro lato la loro utilità, e lo diremo qui di passaggio, essendo state sfruttate per le medie generali di questi due diametri studiati complessivamente nei due sessi.

Sulle differenze poi di queste dimensioni nei due sessi (tornando a bomba) mi giova lasciare la parola un momento al Sappey che le ricercò accuratamente.

Questi ha fissato per la donna adulta il *diametro bitrocanterico* in . . . . . $0^m,322$
Per l'uomo adulto in . . . . . $0^m,313$

Sono esse cifre medie poichè si può (secondo il medesimo autore) raggiungere:

Per l'uomo il maximum di . . . . . $0^m,340$
come cadere al minimun di . . . . . $0^m,280$
E per la donna il maximum di . . . . . $0^m,400$
e scendere all'uguale minimum di . . . . . $0^m,280$

Prendendo adunque la più piccola misura possibile di questo diametro ancora qui pei due sessi si viene alla uguaglianza dei numeri a me resultanti pei feti. Mentre poi nelle misure medie le femmine diedero al Sappey in questo diametro un più di $0^m,009$.

Per il *diametro biacromiale* il sommo anatomico di Parigi (si parla sempre per lui di adulti) potè stabilire che nell'uomo in media era . . . . $0^m,321$
con un minimum di . . . . . $0^m,260$
ed un maximum di . . . . . $0^m,350$

E nella donna:

in media . . . . . $0^m,285$
con un minimum di . . . . . $0^m,260$
ed un maximum di . . . . . $0^m,330$

Ossia, in poche parole, il diametro biacromiale è sempre maggiore nell'uomo e per il Sappey lo è per solito di $0^m,036$. E nei feti, già lo avvertii, questa prevalenza del diametro biacromiale maschile si manifestò ancora evidentemente.

Per ciò mi è lecita la soddisfazione di essermi così avvicinato al pensare di una celebrità anatomica il cui solo nome fa sicuri di verità.

Sarebbe stato bene poter qui esporre ancora le misure del diametro biiliaco, del sacro pubico, dell'altezza del bacino dei neonati, non che altre nozioni di proficuo significato, ma fecemi difetto il tempo e mi sfuggirono le opportunità che in altra epoca saprò afferrare, riprendendo questo medesimo studio. Fortunatamente però ebbi agio di sostituire a queste altre analoghe indagini di non meno alta importanza nè meno utile apprezzazione, per le quali non sono stato impedito di terminare questo lavoro con qualche nota sul *bacino infantile.*

Il bacino del neonato differisce rilevantemente da quello del-

l'adulto; ciò pensa Schröder, e con lui e prima di lui altri con chiare prove dimostrarono, ma lo Schröder stesso aggiunge: *le differences de sede n'y sont pas exprimées.*

Tanto è convinto di ciò che non si occupa minimamente di descrivere i due bacini fetali ma sommariamente e in modo generale raccoglie certe caratteristiche proprie del bacino dell'infante e lo pone a confronto con il bacino dell'adulto. Così nelle ali del sacro avverte una larghezza limitatissima, il sacro stesso è per esso quasi retto: la faccia anteriore di quest'osso più concava trasversalmente, meno inclinata in avanti, meno infossata fra gli ilei.

Le branche orizzontali del pube cortissime, l'arcata del pube (nei due sessi) fa un angolo acuto, l'ali dell'osso iliaco mostransi più diritte; la distanza delle spine quasi uguale a quella delle creste iliache. L'estensione trasversale, al dire dello Schröder, manca; la coniugata vera è quasi quanto il diametro trasverso, a volte più grande. Le pareti del piccolo bacino convergono in basso, tutti i diametri presi insieme e più i trasversi divengono più piccoli. In seguito le ali del sacro nella femmina aumentano considerevolmente di larghezza, il pube prende uno sviluppo maggiore e *soltanto così* (sono parole dell'autore citato) *si effettua la capacità maggiore nel bacino della donna.*

Ho voluto riassumere questa dettagliata descrizione prima perchè importantissima, poi perchè fosse quasi un punto di partenza alle mie investigazioni per le quali si vedrà se esistano o no nel bacino infantile della neonata peculiari impronte che servano a farlo riconoscere bene da quello del neonato.

Il Museo d'Ostetricia della R. Università di Pisa, per cura del suo illustre Direttore il Cav. Prof. Carlo Minati, possiede due bacini fetali appartenenti a gemelli di sesso differente e più due altri consimili che acquistò dal Museo di Norimberga.

Quest'ultimi li ho fatti disegnare con precisione ed a grandezza naturale (vedi fig. 1 e 2) perchè pregevoli come dimostrativi di

alcune idee che svilupperò in appresso. E degli uni e degli altri mi occupai di metterne insieme anche le misure che sono le seguenti:

BACINI DI FETI MASCHI E FEMMINE GEMELLI.

	DEL MUSEO DI NORIMBERGA		DEL GABINETTO D'OSTETRICIA DI PISA	
	maschio	femmina	maschio	femmina
Altezza	mm.45,00	mm.40,80	mm.49,50	mm.47,25
D. bitrocanterico	mm.56,25	mm.57,37	—	—
Distanza fra le due creste iliache	mm.47,25	mm.58,50	mm.54,00	mm.58,50
Distanza fra le due spine iliache ant. e sup.	mm.45,00	mm.51,75	mm.51,75	mm.54,00
Distanza fra le due spine iliache ant. e inf.	mm.36,00	mm.42,75	—	—
Distanza fra la spina iliaca anter. d'un lato e posteriore superiore dell'altro	mm.40,50	mm.47,25	mm.47,25	mm.49,50

NB. Si doverono trascurare altre misure perchè le preparazioni non si prestavano quanto avremmo voluto ad un esatto ed utile resultato come in quelle segnate.

Sono più che convinto della dottrina e della altezza delle vedute di Schröder in fatto di ostetricia e quelle note anatomiche le ammirerò per un ricco portato degli studî rispettabili di quel dotto; ma l'esperienza fatta nelle misure di bacini infantili di ambo i sessi mi costringe a dovere variare apprezzamenti ed idee per alcuni dati ch'io ritenni di imponente dimostrazione. Per venire al particolare esamino le misure di questi quattro piccoli bacini di feti gemelli.

Nel gran bacino di questi feti anche a colpo d'occhio risaltano le differenze spiccatissime fra i due sessi e sono tali, a mio giudizio, da smontare la più salda incredulità a tale proposito.

Così la distanza fra le due creste iliache misurata dal mezzo dell' una al mezzo dell' altra mostrò per le femmine un più di mm.11,25 nei bacini di Norimberga e di mm.04,50 in quelli del gabinetto d'ostetricia dell'Università di Pisa.

La distanza fra le due spine iliache anteriori e superiori anch'essa si fe' conoscere maggiore nelle femmine di 3 a 6 millimetri.

E fra la spina iliaca anteriore-superiore d'un lato e l'iliaca superiore-posteriore del lato opposto rilevai una misura che segnava pel bacino infantile delle femmine millimetri 2-7 di guadagno.

Aggiungasi a ciò che il diametro sacro pubico esterno resultò inferiore di 9 millimetri al trasverso del gran bacino femminile nell'esemplare di Norimberga.

Ne inferisco che, *anche sul nascere, le misure trasversali della pelvi sono nella donna di maggiore ampiezza che non quelle dell'uomo.*

Mi pare poi che non si possa con ragione dividere l' idea di Schröder per cui la distanza delle spine sarebbe quasi quanto quella delle creste iliache nel bacino infantile. Le mie ricerche hanno posto in sodo che corrono non meno di 4-7 millimetri fra l'uno e l'altro punto anatomico.

Una ragione ulteriore ugualmente forte e verace per farmi ritenere che il bacino nei due sessi varia pure alla nascita si ha nell'altezza maggiore pel maschio di 2 $^1/_2$-4 millimetri.

Concludendo, su non crollabili basi affermo *che il bacino infantile del maschio è fino dalla nascita più stretto di quello della femmina, ma,* quasi in compenso, *vince di assai quest' ultimo nell'altezza.*

Si esaminino i due disegni che materialmente sostengono la verità di questa mia affermazione.

Nei vari argomenti che trattai fu mio principale pensiero di non risparmiare lo zelo, l'accuratezza, l' amore che sempre animarono i veri cultori della medicina, perchè era altresì mia ferma

intenzione giungere, per vie illuminate dai fulgidi raggi della scienza sperimentale, alla enunciazione di un qualche teorema il quale potesse dirsi d'indiscutibile interesse, e perciò venisse prima sostenuto e poi messo utilmente a proprio servigio dell'arte ostetrica e della medicina legale.

Sì attraente ed invero altissimo intendimento, quale frutto mi ha procurato, a che condotto? Giudichi il lettore, al quale nuovamente domando indulgenza per la ingente suppellettile numerica, cui d'altra parte era imprescindibile dovere dare generosa ospitalità.

Pisa, settembre 1880.

RASSEGNA

Domenico Peruzzi. — La seconda centuria di ovariotomie in Italia — statistica e considerazioni pratiche — (Dal *Raccoglitore Medico*, serie 4ª, vol. 13°, N. 7-8, Forlì).

I. *Statistica.*

Se, come all' A. scriveva il Boinet, l' ovariotomia in Italia non è ancora *monnaie courante*, tuttavia si può dire che ormai ha fatto passi rapidi; ed infatti mentre la prima centuria non fu completata che in 19 anni, bastarono tre anni ad esaurire la seconda. Esordisce poi l'A. coll'accennare alla favorevole statistica della 2ª centuria relativamente alla mortalità.

Le ovariotomie complete furono 100: il successo s'ebbe in 64, 36 furono le morte: 2 furono le ovariotomie incompiute, ambedue susseguite da morte; 7 le laparotomie per estirpazione parziale o totale dell'utero e di queste 2 guarirono e 5 donne perirono, 1 sola infine la laparotomia d'esplorazione e seguita da morte.

I casi di ovariotomia semplice furono 31; complicati 69; nei primi si ebbero 7 morti, 29 nei secondi. Le ovariotomie doppie furono 6 di cui una sola seguita da guarigione.

Cause di morte; la peritonite acuta 10 volte, la peritonite settica e la setticemia 5 volte, la piemia 2, l'uremia 1, il colasso (e una paralisi cardiaca in 14 casi, l'emorragia in 2, l'avvelenamento carbolico in 1, non indicata 1.

II. *Considerazioni pratiche.*

Esposte le cifre l'A. si rivolge ad esse e cerca il perchè del tanto rapido e considerevole miglioramento in riguardo alla mortalità. Considera per primo il *metodo antisettico di Lister.* Nella prima centuria

tale metodo di medicare ed operare fu usato 4 volte nell'ovariotomia e 2 in 27 operazioni affini; nella seconda fu praticato in 74 ovariotomie ed in tutti i casi affini. Dei 26 casi medicati come di consuetudine si ebbero 12 morti, nelle 74 curate antisetticamente soli 24 casi di morte.

Ricorda come benefici effetti dell' antisepsi il moderatissimo processo febbrile, la evitata suppurazione e l' impedita sepsi, ricorda come lo Spencer Wells che nelle prime centurie avea la mortalità del 23. 2 nell' ultima impiegando il metodo antisettico questa sia scesa all'11 %.

Soggiunge poi che non ostante la medicazione antisettica s' ebbe talvolta la morte per infezione e più frequentemente ne' casi in cui l'atto operativo fu molto laborioso per estese aderenze; per scongiurare tale pericolo raccomanda il *drenaggio* e non si accontenta di quello addominale anche recentemente vantato dal Bottini ma vuole quello addomino-vaginale e ribatte le accuse mosse dal Bottini a quello addomino-vaginale, cioè la difficoltà di applicarlo e la facilità del tubo a deformarsi e quindi o a funzionare incompletamente od anche a non funzionare del tutto; esclude l'A. la difficoltà, dice che se il tubo ha lume sufficiente, pareti resistenti, fori non troppo larghi e che si abbia cura a disostruirlo mediante addatte iniezioni, *agisce sempre*. Mostra poi come anche il semplicemente addominale non vada esente dalle accuse fatte a quello addomino-vaginale e conclude col dare la preferenza a quest'ultimo.

Nella seconda centuria il drenaggio fu applicato 27 volte con 14 guarigioni e fu nei casi più gravi che venne usato.

A convincere di più della bontà della sua tesi narra un caso veduto nella pratica del Sims a Parigi.

Riguardo poi al trattamento del peduncolo dice la questione non ancor risolta. Lo Spencer Wells è ancora fautore del metodo extraperitoneale: se il peduncolo è corto e largo non c' è altra indicazione che la legatura perduta, se lungo e sottile la corrente pratica è oggi per il clamp: così scrive l'A.

Termina così:

« Pago di aver compilata questa 2ª statistica generale, i cui promettenti risultati, a differenza di quelli della prima, ci pongono in grado di presentarci ai colleghi stranieri senza arrossire, — *faccio punto*, e lascierò che d'ora innanzi vengano pubblicate le statistiche particolari ai singoli operatori, le quali avranno sulle generali il vantaggio di essere più utili alla scienza e più feconde di pratiche deduzioni. »

Franzolini. — La prima ooforectomia completa per frenosi isterica, eseguita e riuscita in Italia. — Nota preventiva dell'operatore, chirurgo primario dell'Ospitale civile di Udine. (*Gazzetta Medica Italiana, Provincie Venete,* Anno XXII, N. 38).

Giovane di 23 anni mestruata la prima volta a 15 anni — coi mestrui apparvero accessi di melanconia ed isterismo a forma convulsiva volgare. Dall'agosto del 76 in poi dovette essere accolta nei nosocomi non già per convulsioni ma per delirio furibondo caotico. L'agitazione maniaca fu più tardi sostituita da accessi periodici di mania furente che ingruivano quasi costantemente colle ricorrenze mestruali e finivano quasi costantemente col finire del periodo catameniale. Dopo tre anni di degenza nel manicomio di S. Clemente fu dichiarata incurabile.

L'esame praticato dall'A. lo condusse alla diagnosi di *mania isterica*, poco lungi dal farsi sistematizzata e più precisamente di quello stato che lo Krafft-Ebing illustrò sotto il nome di *frenosi mestruale a forma maniaca* e propose come unico mezzo la ovariotomia normale e la eseguì il 14 agosto in un periodo intermestruale.

Provocata la cloro-norcosi e data alla donna la posizione raccomandata da Freund compì l'atto operativo in 50 minuti, usando tutte le cautele listeriane. L'atto operativo fu difficoltato dall'ingombro delle anse intestinali e da frequenti conati di vomito. I legamenti utero-ovarici furono legati con cordoncini di seta fenicata ed escise poi le ovaje; fu seguito il metodo di Hegar. Le ovaje erano invase da degenerazione colloide ed ognuna avea il volume e la forma di una salsiccia — la sinistra avea aderenza col parametrio. La donna guarì e non si ebbe a notare che un piccolo ascesso parietale ed una limitatissima peritonite pelvica. Alla scadenza catameniale l'operata ebbe segno mestruale ma si mantenne nella più perfetta tranquillità mentale.

L'A. fa seguire la sua storia di alcuni dati statistici e promette di render poi conto sull'esito definitivo riguardo alla forma mentale.

Annotazioni sull'amputazione utero-ovarica.

I. *Dall'Indipendente* N. 28 1880. — Operatore il prof. Agnew in Filadelfia il 17 Agosto: donna in 6° mese di gravidanza complicata da fibromi uterini ed in travaglio da cinque giorni con feto putrefatto. Processo Müller. — Morte 64 ore dopo.

II. Da una lettera di Scanzoni al prof. Porro rileviamo che uno

de' suoi assistenti operava un taglio cesareo col metodo Porro con felice esito per il bambino e per la madre.

III. Da una lettera di Harris al prof. Chiara rileviamo che Elliot Richardson operava il 12 Settembre una donna rachitica con una C. V. di 45 mm. Placenta snlla linea d'incisione: cautele Listeriane: non drenaggio; assicurato il peduncolo con due spilli all'angolo inferiore della ferita: la cervice era stata stretta con una cordicella di seta fenicata — sutura delle pareti addominali con filo d'argento, bambino vivo, assicurata la guarigione della madre.

Società Italiana d'Igiene.

La *Società Italiana d'Igiene*, accettando di buon grado le generose elargizioni dei signori Cav. Paolo Ritter e Cav. Giuseppe Talini, pone a concorso pel 1881 i seguenti premii:

Premio Ritter.

Tema: *Il sonno sotto il rispetto fisiologico ed igienico* — L. 500 ed un Diploma d'onore della *Società Italiana d'Igiene.*

Premio Talini.

Tema: *Il Latte considerato dal punto di vista della Dietetica e dell'Igiene, avendo speciale riguardo alle possibili adulterazioni ed ai modi più opportuni per riconoscerle* — L. 300 ed un Diploma d'onore della *Società Italiana d'Igiene.*

Le Memorie dovranno essere inviate, nelle solite forme accademiche, alla *Società Italiana d'Igiene*, Milano, via Sant'Andrea, 18.

Le Memorie premiate saranno pubblicate per intero nel *Giornale della Società Italiana d'Igiene* e gli Autori avranno diritto a 50 copie tirate a parte.

È fatto obbligo però ai vincitori del concorso di presentare alla Società, tre mesi dopo la proclamazione, un sunto dei rispettivi lavori da pubblicarsi a mo' di trattatello, nella collezione della Società l'*Igiene popolare*, edita dallo Stabilimento Sonzogno.

Tempo utile a tutto il 31 luglio 1881.

Le Commissioni esaminatrici saranno nominate dal Consiglio di Direzione della *Società Italiana d'Igiene.*

Premi della Deputazione provinciale di Milano.

Il Dott. Malachia De-Cristoforis, presidente del Comitato Milanese

dell'Associazione Nazionale dei Medici-Condotti, ha affidato al Consiglio di Direzione della *Società Italiana d'Igiene* l'onorevole e delicato incarico di nominare le Commissioni esaminatrici delle Memorie presentate ai concorsi a premii stabiliti dalla Provincia di Milano in occasione del IV Congresso che ebbe luogo nel 1878 in questa città.

Il Consiglio, ottemperando all'invito, ha costituito le dette Commissioni nel seguente modo:

1.° Pel tema: *Topografia e Statistica medica di un Comune rurale italiano;* dott. Malachia De-Cristoforis, *presidente;* prof. Luigi Pagliani, prof. Giuseppe Sormani, dott. Alessandro Tassani e dottor Felice Dell'Acqua, *membri.*

2.° Pel tema: *Storia etiologica e clinica di una malattia epidemica o contagiosa che abbia dominato in modo costante in una Condotta medico-chirurgica durante il biennio* 1878-79: dott. Malachia De-Cristoforis, *presidente;* prof. Alfonso Corradi, dott. Carlo Zucchi, prof. Camillo Bozzolo, dott. Luigi Carpani, *membri.*

Congresso Medico internazionale. — Sessione Settima — Londra, agosto 1881.

Onorevolissimo Collega e Signore.

Alla Sessione Sesta del Congresso Medico Internazionale tenutasi ad Amsterdam si manifestò da tutti il desiderio che la riunione seguente avesse ad aver luogo in Inghilterra. Abbiamo quindi l'onore di parteciparle che si è testè costituito un Comitato d'Organizzazione il quale ha scelto Londra qual sede del Congresso e nominati i Comitati che seguono:

Comitato Esecutivo.

Il Sig. Dott. Risdon Bennett, P. R. C. P., F. R. S. *Presidente.*

Il Sig. Bowman, F. R. S. — Il Sig. Dott. Alfred Carpenter. — Il Sig. Dott. Andrew Clark. — Il Sig. Dott. Matthews Duncan. — Il Sig. Erichsen, P. R. C. S., F. R. S. — Sir William Gull, Bart., F. R. S. — Il Sig. Prescott Hewett, F. R. S. — Il Sig. Luther Holden. — Il Sig. Hutchinson. — Sir William Jenner, Bart., F. R. S. Il Sig. Prof. Lister, F. R. S. — Il Sig. Mac Cormac. — Il Signor Mac Kellar. — Sir James Paget, Bart., F. R. S. — Il Sig. George Pollok. — Il Sig. Dott. Pitman. — Il Sig. Dott. Shepherd. — Il Sig. Dott. Sieveking. — Il Sig. Dott. Pye-Smith. — Sir Henry Thompson. — Il Sig. Dott. H. Weber.

COMITATO DI RICEVIMENTO.

Il Sig. Dott. Prescott Hewet., F. R. S., *Presidente.*

Il Sig. Dott. Chepmell. — Il Sig. Dott. Andrew Clark. — Il Signor Dott. Farquharson, M. P. — Il Sig. Cooper Forster. — Il Signor Dott. Philip Frank. — Il Sig. Dott. Grigg. — Il Sig. Ernest Hart. Il Sig. Mitchell Henry, F. R. C. S. M. P. — Il Sig. Dott. George Johson, F. R. S. — Sir Trevor Lawrence, Bart., M. R. C. S., M. P. — Il Sig. Dott. Lyons, M. P. — Il Sig. John Marshall, F. R. S. — Il Sig. Dott. Monro. — Il Sig. Dott. W. O. Priestley. — Il Sig. Dott. Owen Rees, F. R. S. — Sir Henry Thompson. — Il Signor Dott. A. Vintras. — Il Sig. Dott. Sharkey, *Sec.* — Il Sig. Dottor S. West, *Sec.*

Il ricevimento generale avrà luogo il martedì sera del 2 agosto 1881 e le sedute s'apriranno il mercoledì 3 agosto ed avranno fine il 9.

Le lingue ufficiali saranno la Francese, la Tedesca e l'Inglese.

Abbiamo motivo di lusingarci che saremo onorati della presenza di un bel numero di medici distinti di tutti i paesi, che sarà nostra cura di accogliere colla massima considerazione e cordialità. Tutto ci fa sperare che i nostri compatrioti interverranno non solo da tutte le parti del Regno Unito, ma anche dalle Indie e da tutte le nostre Colonie.

S. M. la Regina volle darci una nuova prova di simpatia e benevolenza coll'autorizzarci a porre questo Congresso sotto il suo alto patrocinio.

S. A. il Principe di Galles mostrò l'interessamento che prova pel progresso delle scienze mediche coll'accordarci il medesimo favore.

Oltre le sedute generali il lavoro del Congresso verrà distribuito fra 15 sezioni.

Si aprirà un museo d'oggetti interessanti che abbiano relazione colle scienze mediche, tutto il tempo che durerà il Congresso.

Ci adopreremo in ogni modo acciocchè ai nostri colleghi riesca aggradevole quanto si possa il soggiornare a Londra, al qual uopo oltre l'interesse scientifico procureremo loro tutti quei comodi e solazzi che la società moderna sappia fornire.

Verranno ammesse all'apertura non che alle riunioni amichevoli anche le Signore, non però alle sedute scientifiche. Quanto prima verrà redatto il regolamento del Congresso. Aggiungiamo qua dentro la lista provvisoria dei Presidenti, Vice-Presidenti e dei Secretari.

Londra, Settembre 1880.

Per il Comitato.

Il Presidente del Comitato: J. RISDON BENNETT.
Segretario Generale: WILLIAM MAC CORMAC.

I Signori Redattori di giornali e di fogli periodici medici sono pregati d'inserire la presente circolare.

Il Comitato stabilirà definitivamente il programma il 20 aprile 1881, e tutte le comunicazioni che abbiano rapporto al Congresso non che il riassunto dei discorsi destinati alle sedute devono prima di quell'epoca indirizzarsi al

Segretario Generale: Sig. Mac Cormac,
13, Harley Street, Londra, W.

I comitati delle sezioni VI e VII sono così costituiti:

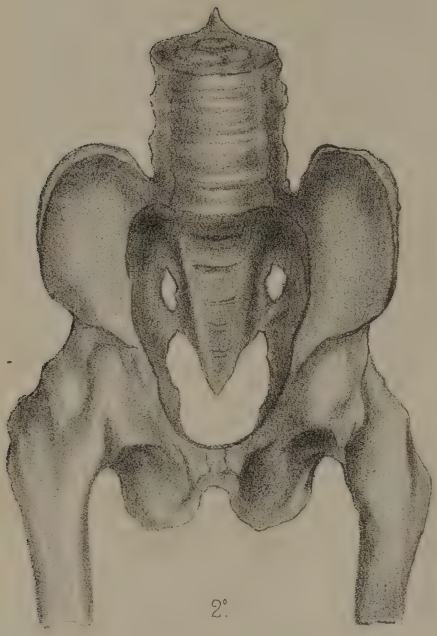
Sezione VI. Ostetricia — *Presidente:* Dott. Mc Clintock.
Vice-Presidenti: Dott. Barnes — Dott. Braxton Hicks — Dott. Mathews Duncan — Dott. Priestley.
Segretari: Dott. Galabin — Dott. John Williams.

Sezione VII. Pediatria. — *Presidente:* Dott. West.
Vice-Presidenti: Dott. Gee — Timothy Holmes.
Segretari: Dott. Donkin — R. W. Parker.

Errata-corrige.

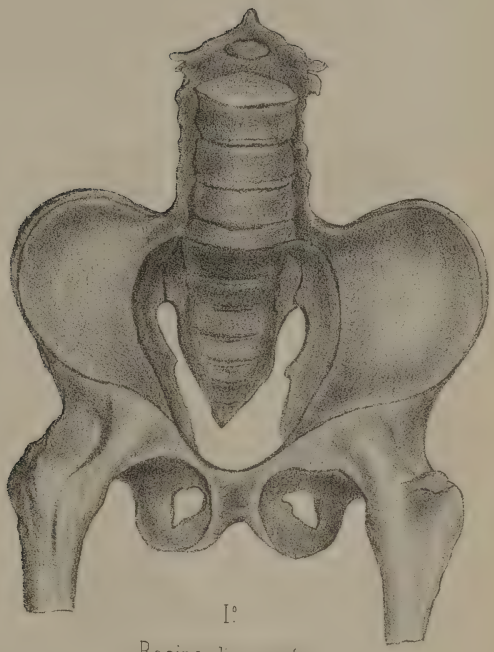
A pagina 517, linea 25 del Fascicolo di Settembre in luogo di: *e col testo maschile* deve leggersi *e col sesso maschile.*

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.



2°

Bacino di neonato



I.°

Bacino di neonata

Volume II. Novembre e Dicembre 1880 N. 11-12.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

IL PARTO PER IL FRONTE

studio clinico

DEL

Dott. MANGIAGALLI LUIGI

Medico 1° Assistente nella R. Scuola di Ostetricia di Milano
diretta dal Prof. Cav. Domenico Chiara

I.

Le idee relative alla gravità della presentazione del fronte diversificano essenzialmente a norma degli autori o meglio delle Scuole. Mentre infatti la Scuola francese ad eccezione di M. Lachapelle, dotata di così eminente spirito d'osservazione, non si occupa di questa presentazione intermediaria tra quella del vertice e quella della faccia che in modo secondario, considerandola di poca o niuna gravità, la Scuola germanica invece la studia con particolare amore, le dedica speciale attenzione e seguendo le idee di von Helly, ne fa risaltare gli inconvenienti ed i pericoli. « Dans les présentations du front le pronostic est fâcheux « pour l'enfant » scrive Schroeder (1), mentre Charpentier che lo traduce, riflette in questo modo le idee francesi nelle sue annotazioni: « loin de considérer les présentations du front comme

(1) Schroeder. *Manuel d'accouchements* traduit par Charpentier, pag. 171.

« graves on se borne à en faire des variétés, inclinées ou irre-
« gulières de la face, et, comme le dit Tarnier, ce ne sont que
« des nuances de présentations, *qui presques jamais ne rendent*
« *le travail plus difficile* (1). » E Pénard, uno degli ultimi venuti scrive: « cependant, même lorsque c'est le front qui s'engage le
« premier, il n'y a pas tant à s'épouvanter qu'on l'a fait long-
« temps et que le fait encore Schroeder. *Il n'y a qu'à laisser*
« *faire la nature*, et, à des rares exceptions près, la présenta-
« tion du front *se convertira spontanément en présentation du*
« *sommet ou de la face* (2). » Non è dire per altro che in Germania la presentazione del fronte sia considerata da tutti come di prognosi sfavorevole. Come in Francia M.me Lachapelle sostiene la gravità della presentazione del fronte, così in Germania havvi chi la giudica più favorevolmente e più di tutti Ahlfeld e Fritsch. Il primo scrive: « Un gran numero di osservazioni mi
« ha persuaso che questa presentazione occorre più di frequente
« di quanto comunemente si crede, e che in niun modo si può
« formulare un pronostico assolutamente sfavorevole per i feti
« che vengono alla luce in presentazione del fronte (3). » Il secondo formula così il suo giudizio: « quanto alla prognosi della
« presentazione del fronte non oso pronunciare un giudizio re-
« ciso poichè altrimenti *dovrei pormi in contraddizione colle idee*
« *sinora dominanti, fatta eccezione di Ahlfeld.* Generalmente la si
« considera molto grave, mentre io trovai il contrario (4). » Non è qui il momento opportuno di fare un esame critico delle opinioni e dei fatti altrui, nulladimeno non posso esimermi dal far notare come la pratica sia qui in contraddizione colla teorica e come i risultati dell'osservazione cozzino contro i corollarii che

(1) *Ibid.*, pag. 174.

(2) Pénard. *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme.* Paris, 1879, pag. 247.

(3) Ahlfeld. *Die Entstehung der Stirn und Gesichtslagen.* Leipzig, 1873. — Vorwort.

(4) Fritsch. *Klinik der Geburtshülflichen Operationen.* Halle, 1876, pag. 61.

se ne dedussero. Consultando infatti la casuistica di Fritsch parmi difficile il poter condividere il suo ottimismo. Sopra otto casi da lui osservati è bensì vero che solo in uno di essi il bambino venne estratto morto ed il caso era complicato da procidenza del cordone: ma noi non possiamo ventilare il pronostico soltanto *quoad vitam* del bambino, ma dobbiamo prendere in considerazione e valutare al loro giusto valore i danni di un soverchio prolungarsi del travaglio, i rischi che trae con sè ogni atto operativo e la maggior mortalità o morbilità che per essi ne conseguono.

Ora Fritsch in otto casi fu costretto ad applicare il forcipe sette volte: è quindi consentaneo all'osservazione pratica che egli ammetta come non sfavorevole una presentazione in cui l'arte deve intervenire armata sette volte sopra otto? Al postutto quale differenza fra i corollari che derivano evidentemente dai fatti di Fritsch, che è costretto ad intervenire quasi senza eccezione e l'ottimismo di Tarnier, il quale afferma che le presentazioni del fronte non rendono quasi mai il travaglio più laborioso!

Se noi passiamo alla Scuola inglese, la quale coi lavori di Barnes, Duncan Swayne ha dato pregevoli contribuzioni allo studio di tale argomento, vediamo il Playfair, il quale mentre ammette le difficoltà del parto per il fronte, aggiunge poscia che felicemente, nella gran maggioranza dei casi, le presentazioni del fronte si convertono spontaneamente o in presentazioni del vertice o in presentazione della faccia. « Si la tête, egli scrive, descend dans cette situation, les « difficultés, sans être insurmontables, sont quelque fois considé- « rables parce que le grand diamètre *cervico-frontal* de la tête « est engagé (il che quando la fronte costituisce il punto più « basso è evidentemente erroneo) dans la cavité pelvienne. » E più oltre: « heureusement dans la grande majorité des cas, les « présentations du front se convertissent spontanément soit en « présentations du vertex soit en présentations de la face (1).

---

(1) Playfair. *Traité d'accouchements* traduit par Vermeil, pag. 420-21.

In Italia, per quanto io sappia che parecchi egregi Professori ne parlino ex-professo nelle loro lezioni cattedratico-cliniche, il parto per il fronte non diede però argomento a lavori speciali. Il Minati ne parla brevemente in una nota del suo recente *Trattato di Ostetricia Minore.*

Di fronte al conflitto di sì disparate opinioni e, diciamolo pure, di fronte alle indicazioni confuse od erronee contenute in qualche trattato, stimolato dalla osservazione personale di qualche caso interessante, mi prese vaghezza di interrogare i fatti osservati in questo Istituto in questo ultimo quinquennio e di udirne i responsi senza idee e senza teoriche preconcette. È doveroso infatti che alla fine, *facendo tesoro della esperienza straniera,* abbia corso nel commercio scientifico e peso nella bilancia della discussione anche il frutto dell'esperienza italiana con osservazioni, con studii, con ricerche, con statistiche proprie sulle questioni più importanti che si dibattono nel campo ostetrico.

E qui mi corre l'obbligo di ringraziare pubblicamente oltre il mio maestro, il Prof. Chiara, che volle permettermi di far tesoro del materiale clinico di questo Istituto, anche il Prof. Tibone ed il Prof. Cuzzi, i quali comunicandomi alcune loro proprie osservazioni contribuirono a rendere più ricco il materiale clinico di cui potevo disporre.

II.

Osservazione I. (Policlinica: *Dottori Mangiagalli e Cuzzi*).

Espongo distesamente questa osservazione perchè interessante pel fatto che, per felice concorso di circostanze, potemmo diagnosticare la triplicità del prodotto del concepimento come prima era già riuscito a Naegele coll'ascoltazione ed a Pinard colla palpazione.

Il 12 marzo 1878, alle ore 10 $^1/_2$ ant., venni invitato a recarmi d'urgenza in Piazza Fontana, N. 18, e la donna che ricercava l'opera mia affermava trattarsi di presentazione di spalla ed essere colate da molto tempo le acque. Temendo l'eventualità possibile di dover ricorrere ad una

operazione embriotomica, pregai il Dott. Cuzzi, allora medico 1° assistente in questo Istituto, di accompagnarmi perchè, data tale eventualità, io desiderava esperire l'uncino rachiotomo da lui modificato.

L'esame anamnestico ed obbiettivo ci appresero quanto segue. Donna IVpara, di sana e robusta costituzione fisica. Nel mese di giugno (prima metà) aveva avuta l'ultima menstruazione regolare: nella prima metà del luglio successivo aveva avuto una perdita sanguigna scarsa, ma accompagnata da molti dolori. Nel mese di novembre aveva avvertito i primi moti attivi del feto. Le prime doglie erano incominciate tre giorni prima della chiamata, le contrazioni uterine avviatesi regolarmente nel primo giorno si erano sospese alla mattina del secondo per ripigliare gagliarde dopo mezzogiorno e condurre alla rottura delle membrane, avvenuta precisamento il giorno prima alle 7 pom. Dopo lo scolo delle acque inerzia uterina: al mattino successivo la levatrice sentendo piccole parti fetali alla parte alta dello scavo, dubitando di presentazione di spalla, inviò a chiedere in questo Istituto l'opera dell'ostetrico. L'utero era molto disteso, arrivava col fondo alla regione epigastrica e presentavasi quasi egualmente espanso nel senso longitudinale e trasversale. Esplorata immediatamente la donna onde accertarmi del diagnostico della levatrice, avvertii una presentazione incompleta dell'ovoide podalico in posizione sacro-iliaco-sinistra posteriore: l'arto di destra era rialzato lungo la superficie anteriore del tronco, mentre il sinistro era nella sua attitudine normale ed il dito esploratore sentiva il calcagno corrispondente rivolto posteriormente ed a sinistra. Il promontorio non si raggiungeva. Ciò da cui tosto rimasi colpito fu la sproporzione straordinaria tra il piede piccolo, gracile che palpavo ed il volume del ventre, per cui, avvertitone il Dott. Cuzzi, non essendovi alcuna necessità di pronto intervento, ci demmo ad una disamina più accurata ed approfondita. Intanto nella fossa iliaca di destra era distintissima alla palpazione una grossa parte, mobile, sferica, consistente, dotata insomma dei caratteri dell'ovoide cefalico, mentre una parte dotata di caratteri simili si avvertiva anche affatto in alto e leggermente a destra della linea mediana. L'ascoltazione poi ci dimostrava due soli *maximum* d'intensità, non sincroni, uno a destra, l'altro a sinistra, entrambi nel quadrante inferiore e quasi allo stesso livello. Attribuendo il battito di destra al feto di cui sentivasi la testa nella fossa iliaca destra, attribuendo quello di sinistra al feto di cui erasi già conosciuta la presentazione mediante

il riscontro, si inclinò a riferire l'ovoide cefalico, di cui pareva indubitabile la presenza in alto ed un po' a destra ad un terzo feto, non potendo credere che esso appartenesse al feto in presentazione podalica, poichè la gracilità estrema de' suoi arti inferiori ci conduceva ad ammetterne la piccolezza e ad escludere che, essendo già coll'ovoide podalico nello scavo, si spingesse fino alla regione epigastrica. Concretate così rapidamente le nostre impressioni le comunicammo scherzando al marito, che accolse il nostro comunicato con esclamazioni non disgiunte da una certa qual facezia ambrosiana. *Quid agendum?* La donna era un po' esaurita per la lunghezza del travaglio e alquanto scoraggiata, l'utero era inerte per l'iperdistensione delle sue pareti, per cui, dietro avviso comune, praticai l'estrazione del primo feto, che riuscì facilmente, portando alla luce un feto molto gracile, di sesso maschile, vivo, dell'apparente età di sette mesi e mezzo. Il secondo feto aumentò appunto l'interesse di questa osservazione in causa del meccanismo speciale con cui venne espulso ed alla presentazione della fronte non fu probabilmente estranea la posizione antecedente del feto, di cui prima colla palpazione avevamo avvertita la testa nella fossa iliaca destra.

Passato un periodo di ragionevole aspettazione, constatata la presentazione dell'ovoide cefalico, ruppi la seconda borsa dando esito a gran quantità di liquido amniotico. Intanto per la deplezione avvenuta, erano ritornate alquanto su di sè le pareti uterine; ma, dopo breve riposo, queste ripresero la propria funzionalità, la testa per la piccolezza del suo volume s'impegnò rapidamente. Esplorata da me e dal Dott. Cuzzi quasi immediatamente dopo la rottura delle membrane per accertarci se non si fosse fatta procidente un'ansa di funicolo, si constatò quanto segue: fronte al centro della parte superiore dello scavo, occipite rivolto a destra, radice del naso e sutura bifrontale nel diametro trasverso. La testa discende rapidamente conservando sempre la sua attitudine, l'occipite rota quindi verso l'estremo posteriore del diametro obbliquo di sinistra, alla vulva si mostra la bozza frontale di sinistra e parte di quella di destra, e la parte anteriore del bregma; la radice del naso s'impegna e fa punto di appoggio sotto l'arcata pubica; con un lieve movimento di flessione si eleva la fronte, l'occipite si sprigiona al davanti della commettitura posteriore della vulva e quindi la testa ricade all'indietro, sprigionandosi successivamente il naso, la bocca, il mento. Il terzo feto si presenta pur esso coll'ovoide

podalico e di esso pure viene praticata l'estrazione. Tanto il secondo quanto il terzo feto vennero pur essi vivi alla luce. Il secondo dei tre occupava pure il posto medio pel grado di sviluppo, il primo era il più gracile, il terzo il più sviluppato. Ecco le misure del feto espulso col meccanismo del parto per il fronte:

B. par. 74
B. mast. 68
O. Fr. 80
S. O. Br. 70
B. Mal. 55
M. Fr. 60
M. Oc. 95.

Benchè la sua espulsione fosse stata rapidissima, esso presentava una infiltrazione siero-sanguigna, sulla bozza frontale di sinistra ed una lividura in corrispondenza della radice del naso. Il secondamento fu favorito colla spremitura. Vi erano tre placente e tre sacchi distinti senza fusione di chorion e di amnios. — Il puerperio fu fisiologico.

Osservazione II. (Policlinica: *Dott. Cuzzi*).

Donna di 23 anni, di buona costituzione fisica, d'abito regolare, secondipara (primo parto terminato col forcipe). La donna narra che la gravidanza decorse normale: i dolori sono cominciati il 13 settembre (1878) con rottura precoce delle membrane: i dolori si sospesero nella notte e non ripresero che la mattina del 16; alle 3 pom. di questo giorno venne chiamato il Dott. Cuzzi. Condizioni generali discrete, donna un po' agitata e sofferente, dolori vivi, fondo uterino alla zona superiore sopraombellicale, battito cardiaco fetale nel quadrante inferiore sinistro distinto, ma irregolare, ora accelerato, ora lento. Col riscontro vaginale si diagnostica la presentazione del fronte in Fr. S. A. Si sentono distintamente gli occhi e la fontanella anteriore malgrado il notevole tumore di parto; anzi un occhio sembra malmenato forse per risolvere il dubbio sorto fra il medico, che prima aveva vista la donna, e la levatrice, de' quali l'uno diagnosticava il vertice, l'altra il podice. La parte presentata è alla parte bassa dello scavo, ma non avanza, e trovandosi il feto in pericolo, il Dott. Cuzzi

procede ad una applicazione di forcipe: fu difficile ad introdursi la branca sinistra (che doveva venire in rapporto colla regione della guancia destra), più facile invece fu l'introduzione della branca destra; l'articolazione dello strumento non fu punto difficile. Le trazioni vennero fatte prima in basso rotando leggermente lo strumento onde condurre la radice del naso sotto il pube: ciò ottenuto si elevò lo strumento in modo da aumentare la flessione del capo e sprigionare l'occipite al davanti della commettitura posteriore della vulva, previe due incisioni perineali, abbassando quindi lo strumento onde deflettere il capo e sprigionare successivamente al davanti il naso, il resto della faccia, il mento. Il feto è in stato di morte imminente: colle solite cure si rianima alquanto, respira ma debolmente ed a lunghi intervalli, non emette alcun grido e mezz'ora dopo soccombe. Non fu possibile fare l'autopsia, nè prendere le misurazioni, ad eccezione della lunghezza, la quale era di 50 ctm., peso 3300 grm. La testa presentava la solita forma caratteristica conica coll'apice al fronte, colla base secondo la circonferenza mento-occipitale: il tumore del parto occupava quasi il centro della fronte, invadendo anche la regione della fontanella bregmatica, la radice del naso e gli occhi, protendendosi di più alla bozza frontale ed all'occhio di sinistra, in causa della posizione.

Osservazione III. (*Istituto Ostetrico di Milano*).

N. 79. — Anno 1875. — Donna rachitica, d'anni 34, lavorante in seta. C. D. 92-98 mm. VIIpara: i primi tre parti furono spontanei a termine, bambini morti. — Il quarto fu provocato anticipatamente dall'arte nel corso del nono mese, ottenendo un bambino vivo che continuò a vivere. Il quinto ed il sesto parto furono spontanei, a termine, ma vennero alla luce bambini morti. L'attuale gravidanza è giunta alla fine dell'ottavo mese ed è complicata da notevole idramnios: la circonferenza dell'addome in corrispondenza dell'ombellico misura 98 ctm. La donna entra nell'Ospizio il 18 aprile: alla mezzanotte del 24 aprile essendovi fenomeni di inceppata respirazione si rompono le membrane il più possibilmente in alto e si possono raccogliere 3210 grm. di liquido torbidiccio con un riflesso roseo: altri 800 grm. circa di liquido vanno perduti. Immediatamente dopo si pratica una stretta fasciatura addominale e si amministrano 50 centigr. di segale. Col riscontro si verificò una presentazione del fronte: l'occipite era volto anteriormente ed a sinistra, la sutura bi-

frontale era quindi nel senso del diametro obliquo di sinistra: il periodo dilatante fu di ore 19. 40: alla parte inferiore dello scavo l'occipite rota posteriormente e la testa si disimpegnò col meccanismo del parto per il fronte: il periodo espulsivo fu di 20 minuti: il tumore di parto colla sua sede avvalorava il diagnostico. Il feto di sesso femminile venne alla luce vivo: esso pesava 1550 grm. — Lunghezza 45 (23-22) — M. O. 120 — O. Fr. 110 — S. O. Brg. 100 — B. P. 85 — Bimast. 70 — M. Brg. 105 — M. Fr. 95 — Trach. Breg. 120 — Bisacr. 110 — St. Dor. 75 — B. troc. 70 Scr. Pub. 45 — Secondamento spontaneo — Annessi del peso di grm. 550 — Puerperio fisiologico.

Osservazione IV. *(Istituto Ostetrico di Milano).*

N. 82. — Anno 1875. — Donna d'anni 32, di professione serva, entra nell'Ospizio il 21 aprile. — Ipara, alta m. 1,27, pelvi rachitica universalmente ed irregolarmente ristretta. Circonferenza pelvica 75 ctm. C. D. 80 mm. Microcorda destra 68 mm. Microcorda sinistra 84 mm. (prese col pelvimetro Grillenzoni). Ultima menstruazione il giorno 8 settembre: epoca del parto indicato dal calendario il 17 giugno. — Essendo quindi la gravidanza pervenuta all'ottavo mese si decide di passare tosto alla provocazione del parto prematuro, ricorrendo successivamente alle doccie, al tubo di Tarnier, ai sacchetti di Barnes: periodo dilatante di 46 ore: presentazione del fronte (occipite rivolto posteriormente ed a destra): alle 10 pom. del 26 essendovi inerzia assoluta si procede ad una applicazione di forcipe a testa impegnata allo stretto superiore: una branca cadde sulla regione fronto-temporale di destra, l'altra sulla regione mastoidea di sinistra. Si condusse alla luce un feto vivo: peso 1630 grm. — lunghezza 44 (23-21) — M. O. 110 — O. Fr. 97 — S. O. Brg. 80 — B. P. 80 B. mast. 65 — M. Brg. 100 — M. Fr. 70 — Trach. Brg. 90 — Bisacr. 100 — St. dor. 60 — B. troc. 80 — Scr. pub. 45. — Tumore di parto sulla fronte, diffondentesi verso il bregma e la radice del naso, prevalente sulla bozza frontale di sinistra. — Puerperio morboso per febbre traumatica — Guarigione.

Osservazione V. *(Istituto Ostetrico di Milano).*

N. 138. — Anno 1875. — Vpara, d'anni 38, contadina, rachitica, entra nell'Ospizio in travaglio il 30 giugno. — A domicilio erano già stati fatti

parecchi tentativi infruttuosi di liberazione col forcipe. Degli altri quattro parti tre erano stati laboriosi ma spontanei, il quarto aveva richiesto l'intervento dell'arte per presentazione del piano laterale. Al momento d'ingresso la donna è alquanto abbattuta e febbricitante: il bambino è ancora vivo, ma il suo battito è soffiante. La testa è impegnata al distretto superiore in presentazione del fronte, il dorso è rivolto trasversalmente ed a destra, la sutura bifrontale confronta il diametro trasversale, il bitemporale il diametro ant. post.: sono accessibili al riscontro, oltre le bozze frontali, la fontanella bregmatica, le arcate sopra-orbitali e la radice del naso. Si tenta a più riprese l'applicazione obbliqua di forcipe, secondo il diametro obbliquo di destra ma senza risultato. Si praticò allora un'applicazione diretta; durante le trazioni la testa rota fra le branche dell'istrumento rivolgendosi coll'occipite all'indietro; continuando le trazioni in basso ed all'indietro si impegna la fronte sotto l'arcata pubica; indi si elevano i manici dello strumento onde sprigionare l'occipite al davanti della commessura post. della vulva e quindi si abbassano nuovamente onde deflettere la testa e liberare al davanti il resto della faccia, ultimo il mento. Venne alla luce un feto morto del peso di grm. 3000 lungo 50 cent (27-23). Mento occip. 130 — Occip. front. 120 — Sottocip. breg. 105 — Bp. 85 — Bm. 80 — M. breg. 120 — M. fr. 90 — Trach. breg. 105 — Bisacrom. 125 — St. dors. 80 — Bitrocant. 90 — Spub. 55. — Il tumore di parto era nella regione sopranasale-bregmatica, prevalente a sinistra.

La donna morì in 8ª giornata di puerperio e l'autopsia rilevò: endometrite purulenta, necrobiosi del collo e della vagina, fistola vescico-vaginale, ascesso peri-vescicale ed ascessi metastatici ai reni.

Osservazione VI. *(Istituto Ostetrico di Milano).*

N. 232. — 1875 — Primapara, d'anni 25, di professione cameriera, sana ma gracile, entra nell'Ospizio il 12 ottobre. Alta m. 1 50 ctm., presenta pelvi normale; il travaglio s'inizia a termine; presentazione del fronte, occipite rivolto post. e a destra, periodo dilatante di otto ore, periodo espulsivo di sette ore, irregolarità delle contrazioni uterine, rotazione posteriore dell'occipite, scolo di meconio, battito cardiaco soffiante, rallentato; forcipe alla parte inferiore dello scavo, colle norme indicate nell'Os-

servazione antecedente. Bambina viva del peso di grm. 3000, lunghezza 50 cent. (26-24) — Mento occ. 120 — Occ. front. 100 — Sottocc. breg. 105 — Bp. 90 — Bmast. 80 — Ment. breg. 110 — il mento frontale è molto allungato per la configurazione speciale assunta della testa nel parto per il fronte e misura 95 mill. — trachelo br. 95 — bisacrom. 120 — St. dors. 90 — bitrocant. 95 — sacro pubico 55. Tumore di parto sulla regione fronto-bregmatica, prevalente a sinistra.

Puerperio regolare.

Osservazione VII. *(Istituto Ostetrico di Milano).*

N. 170. — 1876. — Vpara, d'anni 31, di professione attendente alla casa, entra nell'Ospizio il 26 giugno alle ore 5 pom. in travaglio da 40 ore. — I parti antecedenti erano stati tutti normali, l'attuale gravidanza è giunta a termine. I dolori si sono iniziati alle 12 $^1/_2$ ant. del giorno 25; alle 3 ant. dello stesso giorno rottura artificiale delle membrane per parte della levatrice. A mezzogiorno fu chiamato il medico del luogo che le amministrò tre grammi di segale in tre dosi, una alle 4, una alle 5 pom. e una alle 2 ant. del 26. Alle 6 ant. un semicupio che si ripete due volte, indi viene inviata all'Ospizio ove giunge alle 5 pom. Al momento dell'ingresso la donna è alquanto abbattuta, dagli organi genitali scola un liquido scuro sanguinolento, fetentissimo, mancano i segni della vita del feto. L'utero è retratto tetanicamente sul suo contenuto, presentazione del fronte, dorso rivolto anteriormente a sinistra. Amministrato alla donna un bagno generale e rialzatene le forze con brodo e vino di Marsala si libera la donna colla craniotomia (trapano Braun) seguíta dall'applicazione del forcipe compressore Guyon. Il tumore di parto che si osserva sulla testa fetale occupa la bozza frontale destra. Feto di sesso femminile peso grm. 3370, lungo 51 cent. (27-24).

Il puerperio fu morboso per febbre traumatica. La donna venne dimessa guarita in 11ª giornata di puerperio.

Osservazione VIII. *(Istituto Ostetrico di Milano).*

N. 110. — 1877. — IIpara, di professione tessitrice, d'anni 24, entra nell'Ospizio il 30 aprile; alta metri 1. 48 cent., presenta pelvi normale. La

prima gravidanza decorse regolarmente a termine con parto spontaneo. Il travaglio s'iniziò a termine: alle 3 30 pom. del 4 agosto rottura spontanea del sacco, si constata la presenza del fronte verso il centro dell'apertura pelvica superiore, il dorso è rivolto posteriormente ed a destra; a destra si arriva col dito fino alla fontanella ant. e a sinistra si arriva alle arcate orbitarie ed alla radice del naso. Dalle 3 30 pom. alle 6 pom. sospensione completa delle contrazioni; correzione manuale della presentazione del fronte, trasformandola in presentazione della faccia; le contrazioni riprendono poco energiche di poi e si presentano a lunghi intervalli fino alle 11 30, momento in cui le contrazioni acquistano molto in intensità e frequenza facendosi espulsive: continuano sempre tali sino alle 4 30 ant. senza produrre altro vantaggio che l'impegno profondo della parte presentata, ma il mento non mostra nessuna tendenza a portarsi sotto l'arcata pubica; scolo copiosissimo di meconio quasi puro, battito fetale irregolare, ora molto accelerato ora lento, la donna è spossata, affranta e chiede la liberazione che si ottiene mediante il forcipe. Il feto estratto è gravemente asfittico, ma grazie alle cure impiegate si rianima in mezz'ora circa; si usarono all'uopo la respirazione artificiale colle norme di Pacini e con quelle di Silvestri, ed in ultimo mediante l'insufflazione bocca a bocca. Feto di sesso femminile, peso di grm. 3640, lunghezza 51 (27-24), M. Occ. 150 — Fr. Occip. 125 — Sottocc. breg. 105 — Bp. 100 — Sottoccip. front. 110 — Sottoccip. ment. 100 — Bm. 95 — M. breg. 110 — M. front. 85 — Trach. front. 98 — Trach. breg. 108 — Trach. occip. 125 — Biacrom. 130 — Sterno dorsale 93 — Sacro pubico 60 — Bitrocant. 78.

Puerperio normale. La donna venne dimessa guarita in 13ª giornata di puerperio.

Osservazione IX. *(Istituto Ostetrico di Milano).*

N. 79. — 1879. — Donna, d'anni 29, di professione tessitrice, primipara pelvi piatta C. E. 18. Il travaglio s'inizia il 1° luglio alle 5 $^1/_2$ antim. di detto giorno, dilatazione di 2 cent., testa all'alto dello scavo, non si sentono nè suture nè fontanelle, acque colate; alle 7 $^1/_2$ dilatazione di 5 cent. vera presentazione della fronte in pieno all'alto dello scavo; con difficoltà si sente a sinistra e posteriormente la radice del naso, a destra e anteriormente la fontanella anteriore. Alle 9 $^1/_2$ ant. dilatazione di 6 cent., la

parte più bassa è sempre la fronte: alla parte inferiore dello scavo conversione spontanea della presentazione del fronte in presentazione della faccia in F. I. D. A.: rotazione anteriore del mento. Il parto, avviene spontaneamente alle 12 10 pom., il primo periodo era durato 11 ore e 35 minuti, il secondo ore 1 35. Bambino di sesso maschile vivo: peso grm. 2150, lunghezza 49 cent. (25-24). M. Occ. 135 — Front. Occip. 130 — Bp. 95 — Sottocc. breg. 95 — Sottocc. Front. 105 — Sottocc. Ment. 95 — Mento breg. 100 — M. Front. 99 — Altezza post. 90 mill. — Altezza ant. 85 — Circonferenza sott'occipito bregmatica 32 cent. — Circonf. breg. sopranasale 24 cent. — Circonf. occip. front. 37.

Puerperio fisiologico.

Osservazione X. *(Istituto Ostetrico di Milano).*

N. 303. — 1879-80. — Donna rachitica di costituzione mediocre, di professione serva, d'anni 24, primipara, entra nell'Ospizio il 19 dicembre. — Alta metri 1. 42, circonferenza pelvica 72, fra le Sp. 21. 5,Cr. 21.5 C. E. 17, C. D. 95. Negli ultimi giorni della gravidanza ebbe catarro bronchiale, febbre, disuria e quindi iscuria, che rese necessario il cateterismo. Inizio del travaglio a termine il 10 marzo; le contrazioni continuarono languide per tutto detto giorno e la notte successiva: divengono più valide il giorno seguente. Alle 3 pom. si rompono spontaneamente le membrane a dilatazione di 6 cent., tre ore più tardi introduzione di una siringa nel cavo uterino onde rianimare le contrazioni. Impegno della fronte che è fissa al distretto superiore (occipito rivolto a destra trasversalmente), alle 9 p. dilatazione completa, ostacolo non ancora superato, notevole e vasto tumore di parto, la donna è stanca ed invoca insistemente di essere liberata. Applicato il forcipe, con modiche trazioni si riesce a superare l'ostacolo, la testa rota fra le branche dello strumento coll' occipite posteriormente, la fronte viene a mostrarsi ed a fissarsi all'arcata pubica, indi si sprigiona l'occipite al davanti della commettitura post. della vulva, e sorte poscia al davanti l'arcata sopra orbitale, il naso, la bocca ed il mento. Feto di sesso femminile gravemente asfittico che si riesce a rianimare. Peso grm. 3120, lunghezza 50,5 (27-23,5). Altezza ant. 11 — Altezza post. 9 cent., — Diam. mento sopra occip. 130 mill. — Mento occip. 125 — Mento breg. 115 m. — Mento front. 95 — Trachelo front. 85 — Trachelo breg. 100 —

Trachelo occip. 105 — Bip. 85 — Front. occip. 115 — Front. sotto-occipitale 110.

Puerperio regolare.

Osservazione XI. *(Istituto Ostetrico di Milano).*

N. 90. — 1880. — Donna a costituzione robusta, di professione servente, d'anni 30, entra nell'Ospizio il 4 aprile. Gravida per la seconda volta, la prima gravidanza decorse regolarmente a termine con parto spontaneo seguìto da puerperio fisiologico. Di statura media, presenta lieve scoliosi destra della porzione dorsale della colonna vertebrale, con curva di compenso alla regione lombo-sacrale; sacro deviato a sinistra: fra le Sp. 25, Cr. 27, C. E. 19. Obbliquo destro 25 $^1/_2$, sinistro 26, bi-trocanterico 33. Non si raggiunge il promontorio. Il travaglio si iniziò a termine il giorno 4 aprile: alle 9 $^1/_2$ ant. di detto giorno col riscontro vaginale si trova l'estremità cefalica libera affatto, mobilissima allo stretto superiore; per un momento chi esplorò per il primo potè nettamente percepire la presenza del naso, ma poi solo le bozze frontali, la sutura bifrontale nel diametro obbliquo sinistro e la radice del naso, all'avanti ed a sinistra porzione del bregma: si aveva dunque nettamente una presentazione del fronte; alla una pom. il collo è affatto scomparso, la dilatazione è di due cent. (le membrane eransi rotte all'inizio del travaglio) la parte presentata è ancora la fronte; da quest'ora fino alle 3 pom. i dolori vennero facendosi più frequenti, alle 3 30 coll'esplorazione si rileva che il bregma occupa il centro dello stretto superiore, la sutura sagittale è nel diametro obbliquo sinistro. Alle 4 $^1/_4$ la dilatazione è completa e la testa discende mantenendo quasi il bregma al centro, ed è sul bregma e sulla regione intermedia tra esso ed il fronte che va facendosi il tumore di parto. Alle ore 5 $^1/_2$ la testa è discesa al piano perineale, continuando valide le contrazioni, l'occipite comincia a rotare, la sutura sagittale che cadeva nell'obbliquo sinistro si portò a poco a poco nel trasversale, e poi nell'obbliquo destro, di guisa che l'occipite che era all'avanti si portò all'estremo posteriore del diametro obbliquo destro. Alle 6 pom., sempre mantenendosi la testa nel diametro obbliquo destro, appare il fronte al disotto della sinfisi pubica, il bregma occupando in pieno l'ostio vulvare; disimpegnatosi tutto il fronte sotto una forte contrazione si vide eseguire un moto

di flessione con punto d'appoggio della radice del naso, in corrispondenza dell'arcata sotto-pubica. In conseguenza di essa l'occipite si svolse alla commissura perineale anteriore. Dopo ciò il capo ricadde all'indietro e all'avanti, si svolsero il naso, la bocca ed il mento. Feto di sesso maschile: peso grm. 3250 — lunghezza 51 (28–23). Mento occip. 125 — Fronto-occipitale 117 — Bp. 97 — Sottoccip. breg. 100 — Sotto-occ. front. 110 — Sotto-occ. ment. 85 — Bm. 76 — Mento breg. 118 — Mento front. 105 — Trachelo frontale 104 — Trachelo Breg. 108 — Trachelo Occipitale 85 — Biacromiale 118 — Sterno dors. 88 — Sacro pubico 51 — Bitrocant. 80.

Il tumore di parto occupava la regione bregmatica sopra nasale. — Il puerperio fu morboso per endometrite e catarro bronchiale.

Osservazione XII. *(Comunicata dal Prof. Tibone).*

N. 60. — 1879. — IIpara; il primo parto fu normale: costituzione buona, pelvi semplicemente piatta: C. V. 95, parto a termine il 19 febbraio; presentazione del fronte. Occipito rivolto posteriormente ed a destra, rotazione sacrale dell'occipite, parto spontaneo, periodo espulsivo 40 minuti, l'espulsione si fece col meccanismo tipico del parto per il fronte, tumore del parto sulla bozza frontale di sinistra: feto vivo, peso 2780 grm., lungo 48 cent. — Diametro occipito ment. 120 — Sotto-occip. bregmat. 112 — Bp. anatomico 95 — Biparietale ostetrico 88 — Sotto-occip. ment. 120 — Bitemp. 85 — Bimas. 73 — Bimalare 64.

Puerperio normale.

Osservazione XIII. *(Comunicata dal Prof. Tibone).*

N. 135. — 1879. — Primipara, bacino normale, gravidanza a termine, durata del soprapparto ore 11, periodo espulsivo ore 1. 20, presentazione del fronte coll'occipite rivolto post. a destra, rotazione sacrale dell'occipite, impegno della radice del naso sotto l'arcata pubica, scolo di acque tinte di meconio, applicazione del piccolo forcipe inglese, estrazione facile di un feto vivo, peso 2900 grm., lunghezza 49 cent. Diametri: Occip. front. 117 — Occip. ment. 130 — Bp. anat. 19 — Bp. ostetrico 88 — Bitemp. 79 — Bm. 74 — Bimalare 72.

La madre morì nel forte di una epidemia puerperale di peritonite e polmonite settica.

Osservazione XIV. *(Comunicata dal Prof. Tibone).*

N. 97 — 1879. — Contadina, d'abito regolare; robusta, pelvi normale, secondipara, gravidanza a termine, durata del travaglio 32 ore, periodo espulsivo ore 2, presentazione del fronte, occipite rivolto posteriormente, rotazione sacrale dell'occipite, all'arcata sotto pubica si fissa la radice del naso, liberandosi ed uscendo quindi l'occipite alla commettitura ant. del perineo, sprigionandosi all'avanti la faccia ed in ultimo il mento. Feto vivo, del peso di grm. 3430, lunghezza 52 cent. (28-24). Occip. ment. 130 — — Occip. front. 122 — Bp. anatomico 92 — Bp. ostetrico 88 — Bitemp. 78 — Bim. 78. — Bimalare 68.

Puerperio normale.

Osservazione XV. *(Comunicata dal Prof. Tibone).*

N. 17. — 1879-80. — Contadina, primipara, d'anni 33, alta m. 1. 40 cent., abito regolare, bacino normale. Inizio del travaglio a termine, rottura precoce delle membrane sul principio del soprapparto, presentazione del fronte che occupa la parte media dello scavo, occipite rivolto ant. e a destra, periodo dilatante 9 ore. Dopo due ore di periodo espulsivo si decide l'intervento, applicando la leva più curva sull'occipite e cercando di flettere la testa, e trasformare la presentazione del fronte in presentazione del vertice, ma la leva non fece che tirare in basso il capo, e sempre campeggiando la fronte. Intanto si osservava che nelle contrazioni il mento scendeva e che tutto faceva sperare una trasformazione in presentazione della faccia. Si lasciò quindi che il parto si compiesse da sè; pochi dolori furono sufficienti a far scendere e girare sotto il pube il mento compiendosi poscia la liberazione col solito meccanismo del parto per la faccia. Feto vivo, di sesso maschile, peso 2470 grm., lunghezza 45 (24-21). Tumore di parto sul fronte. — Diam. bip. anat. 85 — Bip. ostet. 81.

Puerperio normale.

Osservazione XVI. (Policlinica: *Dottori Mangiagalli e Negri).*

Ai primi di giugno 1880, alle 10 ant., chiamati presso una partoriente si riscontra q. s.: donna pluripara, considerevolmente infiltrata agli arti inferiori ed alla regione sotto-ombellicale, edema dei genitali esterni, dilatazione da cinque a sei ctm., acque colate, presentazione del fronte, disceso alla parte media delio scavo, anteriormente ed a destra si sente parte della fontanella bregmatica, indi progredendo nel diametro obliquo corrispondente la sutura bifrontale e la radice del naso: sono pure distinte le arcate sopraorbitali, l'occhio sinistro è alquanto più basso del destro: esplorando, durante la contrazione uterina, il naso si sente in maggiore estensione e si può giungere col dito fino alle nari. Il battito è regolare: ritornati dopo un'ora il parto si era compiuto in presentazione di faccia, dietro regolare rotazione del mento all'avanti. Il feto era nato asfittico e non si potè rianimare.

Osservazione XVII. — *(Istituto Ostetrico di Modena, Prof. Cuzzi).*

N. 15 — 1879-80: donna, d'anni 22, di professione contadina, entra nell'Ospizio il 24 dicembre 1879, statura media, inclinazione del bacino normale, Circonf. pelvica 86 cent. Sp. 25 Cr. 27.5. Obbliquo destro 24, sinistro 23, C. E. 18, C. D. 105, C. V. 95, bacino semplicemente piatto non rachitico. Travaglio iniziatosi a termine in terza giornata di febbre reumatica. Alle 6 pom. del giorno 26 gennaio la donna si trovava nelle seguenti condizioni: Temp. 39.4 P. 96, lieve cefalea; non brividi lungo il giorno (il travaglio si era iniziato circa 24 ore prima) il battito cardiaco fetale da 145 a 150, membrane integre, dilatazione di 4 $^1/_2$ a 5 cent.: attraverso il sacco sentesi una parte dura rotondeggiante solcata da una sutura, alle 9 pomeridiane si riesanima la donna. Temp. 39, Polso 104; è agitata, sofferente, ha cefalea, l'utero è dolente, le membrane rotte, scolo di liquido amniotico non tinto di meconio, la parte presentata è discesa nello scavo (parte alta) si appoggia contro il segmento inferiore dell'utero, la dilatazione è di 6 cent. e mezzo, la bocca uterina non è centrale ma portata tutta verso la parte laterale sinistra del bacino (si direbbe che la dilatazione è avvenuta soltanto a spese del segmento laterale sinistro, rimanendo integro il

destro): attraverso a questa bocca uterina così spostata si sente il feto in presentazione di fronte in modo da poter raggiungere con facilità la fontanella ant., la radice del naso e le arcate sopra orbitarie, la sutura bifrontale confronta il diametro trasversale, il naso è rivolto verso il lato sinistro del bacino, battito cardiaco fetale circa 135 battiti, l'utero col suo corpo pressochè sulla linea mediana è dolente alla palpazione. Si mette la donna in posizione classica, irrigazione vaginale fenicata, due incisioni colle forbici cubitate sul contorno destro della bocca uterina, applicazione di forcipe Simpson secondo il diametro obbliquo destro; fu facile l'applicazione della branca sinistra, più difficile quella di destra: articolato lo strumento si praticano trazioni e moti di rotazione in modo da portare la radice del naso sotto il pube; eseguito tale movimento, flessione della testa in modo di disimpegnare l'occipite in corrispondenza della commettitura vulvare post.: lacerazione del perineo di 2° grado, deflessione quindi della testa onde disimpegnare il resto della faccia. Il feto di sesso maschile, nacque asfittico, ma potè essere rianimato dopo breve tempo. Il tumore di parto è sul fronte, peso 2998 grm., lunghezza 47,5 (26,21,5), occip. ment. 130, occip. front. 130, sottoccip. breg. 100, sottoccip. front. 120, sottoccip. ment. 91, bip. anat. 90, bip. ost. 85, bimast. 78, bimal. 60, ment. breg. 105, ment. front. 70, bisacrom. 125, sternodors. 90, circonferenza toracica 330, bitrocant. 85, sacropubico 60.

La donna morì di peritonite settica.

Esposte in tal modo queste osservazioni gioverà ora riassumere per sommi capi anche le osservazioni già più sopra accennate di M.ª Lachapelle, di Fritsch, di Ahlfeld, che diedero contributi così notevoli allo studio del parto per il fronte. Più numerosi sono i fatti, e più mi riuscirà facile di fare un esame approfondito e spassionato delle diverse questioni dibattute su questo argomento e di venire a conclusioni che possano risguardarsi piuttosto dettate dalla osservazione clinica, che non da fallaci e mutabili teorie preconcette. Il lettore d'altronde vi troverà per così dire i documenti dimostrativi delle affermazioni che si faranno in prosieguo.

Osservazioni di M.me Lachapelle.

I. Presentazione del fronte. Occipite rivolto ant. e a destra, trasformazione in presentazione della faccia in *fronto* I. D. A., rotazione del mento all'avanti, parto spontaneo, bambino vivo, madre guarita.

II. Donna ben conformata, secondipara, presentazione del fronte, occipite rivolto posteriormente a sinistra, la testa discende nello scavo, la fronte sempre al centro, parto spontaneo in presentazione del fronte. Il bambino era morto e putrefatto, non indicata la sorte della madre.

III. Presentazione del fronte, faccia rivolta alla sinfisi sacro iliaca destra, impegno nello scavo in tale posizione: dopo 24 ore di attesa, applicazione diretta di forcipe; le prime trazioni furono dirette verso l'ano e fecero, *non senza difficoltà*, discendere la testa, *senza cangiarne la disposizione*. Quando la testa fu abbastanza bassa per far sporgere il perineo le branche furono tolte ed il parto fu abbandonato alla natura. La testa si sprigionò, l'occipite rivolto anteriormente. Bambino vivo. Il bambino era piccolo, la pelvi grande.

IV. IIpara, travaglio a termine, dapprima presentazione di vertice, nella quinta (1) posizione; a poco a poco la fontanella anteriore si avvicina al centro del distretto superiore; quindi ad essa si sostituisce il fronte, mentre la fontanella post. si è elevata e divenuta inacessibile. *Inutilmente si rimediò ad un' obbliquità laterale sinistra considerevole.* Applicazione di forcipe, rotazione fra le branche dell'istrumento dell'occipite verso il sacro, impegno del fronte sotto l'arcata pubica, disimpegno al davanti del perineo dell'occipite che fende profondamente il perineo, indi disimpegno sotto il pube della faccia. Feto vivo, madre morta.

V. IIpara, fronte al centro dello stretto superiore, faccia rivolta all'avanti ed a sinistra, feto morto, embriotomia (il bacino era un po' ristretto) guarigione della madre.

---

(1) Per M. Lachapelle la quinta posizione del vertice era la sinistra trasversale.

VI. IIIpara, fronte al centro, arcate sopra orbitali all'indietro ed un po' a sinistra, tentativi infruttuosi di far scendere l'occipite, mentre la testa trovavasi alla parte alta dello scavo, sia respingendo la fronte, sia tentando di richiamare il vertice; allora si decide a favorire la tendenza naturale della testa uncinando il mento e trasformando la presentazione del fronte in quello della faccia. La manovra riesce ed il parto avviene spontaneamente. Il bambino apoplettico rianimato, pesava 7 libbre $^3/_4$. Guarigione della madre.

VII. Ipara, parto a termine, presentazione del fronte, occipito all'indietro ed a destra, tentativi infruttuosi di richiamare l'occipite, tentativo infruttuoso di versione, richiamo della faccia. Parto spontaneo, bambino voluminoso vivo, madre guarita.

VIII. Presentazione del fronte, procidenza di una mano, tentativo inutile di respingerla, versione, bambino nato vivo, morto 24 ore dopo, madre guarita.

IX. Ipara, presentazione del fronte, versione, bambino voluminoso otto libbre) asfittico rianimato, madre guarita.

Osservazioni di Fritsch.

1.ª IIIpara, parti antecedenti normali, fronte al centro dello stretto superiore, naso e sutura bifrontale nel diametro trasversale, rotazione dell'occipite posteriormente a destra; dopo 24 ore di attesa, forcipe; tumore di parto dalla radice del naso alla fontanella ant. prevalente a sinistra. Misure del capo:

1° giorno: circonferenza 36, bitemporale 8,6, bip. 9,5 fronto occipitale 12,75, altezza post. 9,4, altezza ant. 13,75 (1) compreso il tumore.

2° giorno: 35 — 8,75 — 9 — 12,75 — 9,75 — 9,12.

3° giorno: 34 — 8,75 — 9,25 — 12,50 — 9,75 — 9.

12° giorno: 34 — 8,5 — 9,5 — 12,5 — 10 — 9.

Bambino vivo.

---

(1) Altezza post.: dal *foramen magnum* all'estremo post. della fontanella ant. Altezza ant. dal mascellare inf. fino al più alto punto del tumore di parto, o dopo la sua scomparsa ad un angolo superiore del frontale.

2.ª Vpara, ventre propendulo, presentazione del fronte, posizione del capo trasversale, arcate sopra orbitali a destra. Forcipe; non si riesce a ruotare l'occipite posteriormente, estrazione del capo in posizione trasversale, bambino vivo, madre guarita.

3.ª Ipara, naso e sutura frontale nel diametro obbliquo di destra. Forcipe, rotazione post. dell'occipite, bambino asfittico rianimato donna guarita.

4.ª VIIpara, parti antecedenti normali, seconda posizione: il capo disposto trasversalmente, rota quasi sopra il dito dell'esploratore coll'occipite post. e a destra. Parto spontaneo, il capo ha in profilo la caratteristica forma triangolare.

5.ª IVpara, parti antecedenti normali, presentazione del fronte, posizione trasversale, occipite a sinistra, applicazione di forcipe: la fronte e un occhio si svolgono prima sotto la branca ischio pubica destra; quindi l'occipite scivola al davanti della commetitura anteriore del perineo, e per ultimo si sprigiona il mento sotto l'arco pubico a destra. Tumore di parto della radice del naso fino alla grande fontanella.

6.ª Ipara, presentazione del fronte, occipite a sinistra trasversalmente; forcipe, rotazione dell'occipite post. a sinistra, dopo che la fronte e l'occhio destro sono usciti ant. si sprigiona il resto del capo posteriormente il naso ed il mento anteriormente.

7.ª XIVpara, bambino morto per procidenza di funicolo, capo disposto trasversalmente, presentazione del fronte. Forcipe, estrazione del capo in posizione trasversale.

8.ª IVpara, presentazione del fronte, disposto trasversalmente, fronte rivolto a sinistra, rotazione dell'occipite posteriormente. Forcipe, bambino vivo.

Osservazioni di Ahlfeld (1).

1.ª Ipara, bacino normale, presentazione di fronte, dorso post. a destra, forcipe, durata del travaglio 45 ore, del periodo espulsivo 3 ore. Bambina viva, peso grm. 3500, lungo 48,6, madre guarita.

2.ª IIpara, bacino normale, presentazione di fronte, dorso rivolto posteriormente e a destra, parto spontaneo, durata del travaglio ore 13,15, del periodo espulsivo 15 minuti, bambina viva, peso 3750 grammi, lunghezza cent. 48,5; madre guarita.

3.ª IIIpara, pelvi ristretta, C. V. 80, presentazione del fronte, dorso a sinistra posteriormente; decubito laterale sinistro della donna: conversione spontanea della presentazione del fronte in presentazione del vertice, quarta posizione. Rotazione dell'occipite anteriormente. Forcipe per pericolo della vita del feto, bambina viva, peso grammi 3150, lunghezza cent. 51; madre guarita.

4.ª IIIpara, pelvi normale, presentazione del fronte, dorso post. a sinistra, trasformazione della presentazione del fronte in quarta posizione, e più tardi in prima posizione del vertice. Poco notevole il tumore di parto sul fronte, durata del travaglio 9 ore e 30 minuti, periodo espulsivo 20 minuti. Bambina viva, peso 3650 grammi, lunghezza 51; madre guarita.

5.ª IIpara, pelvi normale, a dilatazione di cent. 2 1/2, grande fontanella situata profondamente, dorso rivolto ant. a destra, nell'ulteriore decorso del travaglio, discendono il naso e la bocca, dando origine ad una quarta posizione della faccia che si converte più tardi in prima. Parto spontaneo, bambina viva, peso 2700 grammi, lunghezza 47,8 cent.; madre morta di peritonite.

6.ª IIpara, bacino grande, a dilatazione di tre cent., si sente il vertice in quarta posizione all'ingresso pelvico. Bentosto, rimanendo l'occi-

(1) Le osservazioni di Ahlfeld in numero di 30 vennero raccolte dal 1858 al 1872, negli Istituti Ostetrici di Dresda e di Lipsia.

pite posteriormente, si abbassa la fronte, indi il naso, la bocca, dando origine ad una seconda posizione della faccia. Forcipe per pericolo della vita del feto, bambino vivo, peso 3150 grammi, lungo 49,5 cent.; madre guarita.

7.ª IIpara, bacino normale, vertice in quarta posizione al disopra dello stretto superiore, indi si abbassa e s'impegna il fronte, l'occipite si abbassa nuovamente dopo aver posto la donna sul fianco sinistro ed il parto avviene in prima posizione del vertice, bambino vivo, peso 3400 grm., lungo 50, madre guarita.

8.ª IIIpara, bacino normale, al principio del travaglio fronte situata profondamente, dorso posteriormente a sinistra, trasformazione spontanea in seconda posizione della faccia, parto spontaneo, bambino vivo, peso grammi 3500, lunghezza 51 $^1/_2$, madre guarita.

9.ª IIpara, bacino universalmente ristretto, C. D. 97, a dilatazione di due cent., presentazione della faccia situata trasversalmente, mento a sinistra. Capo molto mobile, dopo discende la fronte, il mento devia posteriormente ed alla presentazione del fronte succede la presentazione del vertice in seconda posizione, parto spontaneo, bambino vivo, peso grammi 2770, lunghezza 48, madre guarita.

10.ª IIpara, bacino piatto, si raggiunge il promontorio; la primitiva quarta posizione del vertice si converte in una presentazione del fronte che si trasforma nuovamente in quarta del vertice, ed il parto avviene in tale posizione, bambino vivo peso 2850 grammi, lunghezza 49 cent. madre guarita.

11.ª IIpara, bacino normale, coalescenza dell' orificio interno che si distrugge col dito: per la fatta apertura si sente il capo in presentazione del fronte, dorso rivolto ant. a sinistra. La fronte persistette a lungo centrale, ma poi discesero il naso, la bocca, il mento: a dilatazione completa essendovi scolo di meconio, colla mano destra venne tratto all'ingiù l'occipite che si trovava ant. a sinistra, e colla mano sinistra rimasta libera venne applicata prima la branca sinistra, poscia la branca destra

del forcipe. Dopo la chiusura del forcipe il capo persistette nella prima posizione del vertice, estrazione facile, lieve tumore di parto alla fronte, all'occhio sinistro, al naso, alla bocca. Bambina viva, peso grammi 3680, lunghezza cent. 53 1/2.

12.ª IIpara, bacino largo, parto gemellare, il primo feto venne alla luce in prima posizione del vertice, il secondo si presentò col fronte dorso post. e a destra; procidenza di una mano: dopo un'aspettativa di 7 ore forcipe, bambino vivo, prematuro verso la fine del IX mese (1).

13.ª IIIpara, bacino obbliquamente ristretto, presentazione del fronte occipite post. ed a destra, persistenza del fronte, forcipe per pericolo della vita del feto, bambina viva, *matura*.

14.ª IVpara: a detta di un praticante, il parto avvenne spontaneamente in prima posizione del fronte, tumore mediocre, sulla bozza frontale sinistra, bambina viva, matura.

15.ª Ipara, a dilatazione di due talleri, capo in prima posizione del fronte (dorso post. a destra), trasformazione della presentazione del fronte in presentazione delle faccia, indi forcipe, bambina viva, matura.

16.ª Ipara, bacino coxalgico obbliquamente ristretto, anchilosi ossea dell'articolazione coxo-femorale di sinistra. Presentazione del fronte, profondamente situato, faccia rivolta alla parete pelvica anteriore sinistra: dapprima viene tentata la trasformazione in presentazione della faccia, ma senza risultato. Applicato il forcipe, ciò avviene fra le branche dello strumento. Estrazione. Lacerazione perineale: sutura. Tumore di parto sulla bozza frontale di sinistra. Bambina viva, prematura, valutata al principio del 10° mese. Morte della madre.

17.ª IIIpara, bacino normale, a fronte profondamente impegnata (dorso rivolto posteriormente a destra), riesce facilmente la trasformazione in presentazione della faccia e quindi estrazione facile col forcipe. Tumore nel fronte. Bambino vivo, maturo. Madre salva.

---

(1) Gli Ostetrici Tedeschi calcolano la gravidanza a mesi lunari.

18.ª IIIpara, bacino C. E. 18 3/4. Inclinazione normale: all'arrivo del medico da molte ore la fronte era profondamente impegnata (dorso rivolto a destra), nel centro dello scavo, ma a malgrado di contrazioni valide la parte presentata non progrediva, bambino morto, due applicazioni di forcipe, avendo lo strumento lasciato la presa una prima volta. Bambina prematura macerata. Peso 2370 grammi, lunghezza 45,75 cent. (Ma perchè non praticare la craniotomia?) Madre guarita.

19.ª Ipara, bacino ampio, presentazione del fronte, applicazione di forcipe pel soverchio prolungarsi del travaglio, bambino lievemente asfittico rianimato. Peso 3500, lunghezza 52,5. Tumore enorme di parte fluttuante sulla regione sopra nasale-bregmatica, prevalente a destra. Madre salva.

20.ª Ipara, C. D. 11: 3ª posizione del fronte, dorso rivolto anteriormente a sinistra: colla mano riuscì facilmente di trasformarla in presentazione della faccia, ma poscia il mento si elevò nuovamente ed il parto avvenne in presentazione del fronte. Lacerazione perineale che richiede due punti di sutura. Bambina matura viva. Peso 3250, lunghezza 51. Madre salva.

21.ª C. V. 90. Prima della rottura delle membrane 1ª posizione del vertice, che si trasforma in 3ª posizione del fronte e quindi della faccia. *Capo sempre molto mobile:* qualche tempo dopo, alla faccia si sostituisce nuovamente il vertice e poscia a questo una 1ª posizione della faccia sulla quale avviene il parto. Bambino vivo, prematuro. Peso 2750, lunghezza 48. Madre guarita.

22.ª Ipara, bacino normale, il bambino prematuro, peso 1000, lunghezza 37, venne espulso rivestito dalle membrane: la fronte costituiva il punto più basso. Madre salva.

23.ª IIpara, bacino normale, parto spontaneo in 3ª posizione del fronte, tumore di parto notevole. Bambino asfittico, che muore al 2° giorno, peso 3750, lunghezza 54. Madre salva, (nell'osservazione non è indicato, se fuvvi rotazione posteriore dell'occipite: nota dello scrivente).

24.ª Ipara. C. E. 19. 8. C. D. 12. 2! C. V. 10. 5. Circonf. pelvica 82, bambino morto e macerato in 3ª posizione del fronte, (dorso a sinistra, anteriormente). Il parto avvenne 12 ore dopo l'inizio del travaglio nell'indicata posizione. Bambino prematuro. Peso 2500, lunghezza 46. *Petto ed addome enormemente distesi da liquido, cosichè la loro rispettiva circonferenza era di* 30 $^1/_2$ *cent.* Madre salva.

25.ª Ipara, C. E. 19. 5. Inclinazione molto lieve: il vertice s'impegna in posizione quasi trasversale, le due fontanelle quasi allo stesso livello (a sinistra la posteriore), la spina ischiatica enormemente sporgente arresta la parte posteriore del capo della sua discesa, per cui il capo si deflette alquanto, e più profondamente discende la fontanella anteriore: in prosieguo l'occipite si arresta contro l'ostacolo accennato, la grande fontanella diviene più centrale e si porta più all'avanti: bentosto si sente l'orecchio destro all'arcata sotto-pubica, e poco più tardi l'occhio destro. Così venne espulso il feto. Il tumore di parto abbracciava la più gran parte del parietale destro ed una parte del frontale. Bambina viva, prematura. Peso 2300, lunghezza 47,6. Madre salva.

26.ª IIpara, bacino normale, bambino idrocefalico con ernia del cervello: muore al 2° giorno: peso 3250, lunghezza 50,5. Il parto avvenne in 2ª posizione del fronte (dorso a sinistra posteriormente). Madre salva.

27.ª Ipara, C. E. 18. 5, parto rapido in 1ª posizione del fronte (dorso posteriormente a destra). Colorazione intensamente bluastra di ambo i frontali. Bambino prematuro, vivo, che muore pochi minuti dopo. Peso 2050, lunghezza 40,75.

28.ª Ipara, C. E. 21, a 3 cent. di dilatazione la fronte era la parte più bassa: a sinistra anteriormente si sentiva l'arcata sopra-orbitale sinistra, non era accessibile alcuna fontanella: durante tale esplorazione si ruppero le membrane, e tosto discese il vertice, a cui di nuovo si sostituì il fronte, trasformantesi a sua volta ancora in 3ª posizione del vertice: rotazione dell'occipite all'avanti, parto spontaneo, periodo espulsivo 50 minuti, nessun tumore di parto. Bambina viva prematura. Peso 2840 lunghezza 48,6.

29.ª Ipara, C. D. 10. 5. Fronte in 3ª posizione (dorso a sinistra anteriormente), rottura delle membrane per rianimare le contrazioni uterine, dopo di essa, conversione della presentazione del fronte in 1ª posizione della faccia nella quale avvenne il parto. La bambina era premorta. Peso 2000, lunghezza 43.

30.ª IIpara, bacino molto ampio, dilatazione completa, la testa è al basso dello scavo in 3ª posizione del vertice: subitaneamente insorsero alterazioni notevoli nel decorso del parto: primamente si manifestò una considerevole emorragia, il feto morì rapidamente, e quindi avvenne una rotazione trasversale del capo. La grande fontanella si fece sempre più bassa, talchè era facile sentire l'occhio destro all'arcata pubica. In tale posizione del fronte il capo rimase in modo abbastanza costante, solo durante le contrazioni la grande fontanella mostrava tendenza a portarsi in avanti. Applicato il forcipe (poichè si sperava ancora di salvare il bambino!??!) si estrasse un bambino morto, durante l'estrazione seguì la rotazione dell'occipite all'avanti molto celeremente, ed il mento si avvicinò nuovamente al petto, al suo svolgersi al davanti del perineo. Bambina prematura. Peso 2740, lunghezza 47.

Nei capitoli successivi, giovandomi del materiale clinico così raccolto, studierò l'eziologia delle presentazioni del fronte, il meccanismo ed il governo del parto in dette presentazioni e prenderò in esame critico i modi del nostro intervento, quando questo sia richiesto, prendendo per base anzitutto e sopratutto la clinica e servendomi delle ipotesi e dell'esperimento solo in quanto questi fattori possano contribuire a rischiarare la pratica e a darci ragione dei fatti osservati, ma non facendo questi mancipii di idee e di teoriche preconcette.

III.

Lo studio delle cause, essendo la parte più difficile e filosofica, dovrebbe, come nel campo prettamente fisico, venir dopo lo studio dei fatti quali si rilevano ai nostri sensi: pure onde

seguire la consuetudine comune, farò precedere alcune considerazioni risguardo la genesi di questa presentazione intermedia tra la presentazione del vertice e quella della faccia. È specialmente alla scuola Germanica e più propriamente ai lavori di Hecker, di Winckel, di Freund, di Ahlfeld che noi siamo debitori di una serie di nozioni *di fatto*, le quali hanno tolto lo studio delle questioni inerenti a tale argomento dal campo delle ipotesi più o meno fantastiche e l'hanno spinto francamente su di una via più consona all'indirizzo scientifico attuale. È mio avviso che soltanto seguendo tale metodo, ci sarà possibile, dopo una rigorosa analisi dei fatti osservati e da osservarsi *secondo date norme*, che pur troppo dalla maggior parte degli osservatori si pretermettono, di assorgere alla sintesi in un tempo forse non molto lontano. Lo studio delle cause a taluno parrà soverchiamente lungo, eppure non avrò fatto che toccare di volo le principali questioni, non avendo voluto nè tutte esaminarle, nè tutte approfondirle. E poichè, vuoi nelle presentazioni della fronte, vuoi in quelle della faccia, il fatto essenziale è costituito dallo scostarsi del mento dal piano sternale e per contro dall'avvicinarsi dell'occipite al piano dorsale del feto, ognuno vede come lo studio delle cause dell'una e dell'altra presentazione si identifichi quasi, non essendo questione che del grado in cui avviene il fatto meccanico ora annunciato. In tesi generale si può quindi con Ahlfeld formulare la questione nel seguente modo, quali sieno cioè le cause, le quali abbiano per effetto l'allontanamento del mento dal petto, l'avvicinamento dell'occipite al dorso del feto. Winckel ha enumerato non meno di 33 teoriche formulate per darsi ragione delle presentazioni della faccia, ma mi sembra evidente che, si moltiplicassero pur anche all'infinito e l'una fosse più ingegnosa dell'altra, non una di esse potrà aspirare a comprendere tutti i fatti conosciuti. L'effetto che noi osserviamo è sempre lo stesso, l'allontanamento del mento in grado variabile dal piano sternale, ma le cause variano come ne convincerà

l'analisi dei fatti. Più proficuo quindi sarà il lavoro di chi riunirà le cause conosciute in varii gruppi a caratteri comuni, seguendo la via tracciata dal naturalista che non altrimenti fa delle piante e degli animali, che non il lavoro di chi si affatica a demolire teoriche per sostituirvene altre non meno caduche, perchè appunto si propongono di spiegare con una stessa ipotesi fatti, che si rassomigliano nel modo di estrinsecarsi, ma che possono riconoscere una genesi affatto diversa. Ahlfeld, meglio di ogni altro, ha compreso lo spirito di tali ricerche, ed io seguirò le sue orme, raggruppando il materiale da me raccolto nei registri di questa Scuola, a partire dal 1852. « Laissons là, « ripeterò anch'io con M.me Lachapelle, le vague des hypothèses. « Nous ne trouverons de veritable utilité que dans les choses « que nos sens nous démontrent et dans les faits que l'expérience « nous fait prévoir (1) ».

Una prima questione ci si affaccia: è possibile che il mento si discosti dal piano sternale del feto durante la gravidanza, è egli cioè possibile che si abbiano le presentazioni così dette primitive del fronte e della faccia? Il feto nel cavo uterino ha un'attitudine speciale, attitudine che alcuni fattori contribuiscono a mantenere, ma che altri fattori cospirano a disturbare ed a cambiare. Da una parte il peso del capo, dall'altra l'elasticità della colonna vertebrale incurvata sul suo piano anteriore, tenderebbero a modificare l'atteggiamento del feto, se per contro l'utero disteso non reagisse e la pressione uterina costante detta dai Tedeschi *forza di restituzione di forma,* coadiuvata da altri elementi, non servisse a mantenere la testa flessa, il tronco leggermente incurvato all'avanti, gli arti addossati ed incrociati sul piano anteriore del feto. Gli elementi che coadiuvano la pressione uterina, dimostrabile e valutabile coi mezzi attualmente a disposizione della scienza, sono due, la disposizione naturale del feto a svi-

(1) *Mémoires.* T. I, pag. 110.

lupparsi, per legge embriogenica, secondo un segmento di circolo ed infine i movimenti riflessi del feto. Questi fattori di solito sono in prevalenza e quindi nella grande maggioranza dei casi il feto si atteggia nel modo accennato, ma per nulla ripugna alla ragione che i fattori opposti, favoriti da speciali circostanze possano in qualche caso avere il sopravvento già prima del travaglio ed indurre in tal modo presentazioni primitive del fronte e della faccia. Queste hanno valenti sostenitori e non meno valenti oppositori e si potrebbe riempire una colonna dei nomi degli uni e degli altri. Sarebbe facile erudizione, ma degli argomenti *ad hominem*, è sempre meglio far uso con parsimonia. Badiamo piuttosto alle ragioni messe in campo. Pinard, uno degli avversarii più valenti e disceso uno degli ultimi nella lizza, oppugna anche gli argomenti di fatto già portati in campo da M.me Lachapelle, da Dubois e Désormeaux in sostegno delle presentazioni primitive. Questi due asseverano che sopra 83 casi in cui il bambino si presentava per la faccia, essi hanno potuto farne il diagnostico 49 volte prima della rottura delle membrane: la prima, in due donne, morte prima che il travaglio si iniziasse, avrebbe all' autopsia trovato la testa deflessa. Pinard oppone a questi reperti argomenti che non mi paiono irrefutabili. Egli scrive, a proposito dei casi di M.me Lachapelle: « au moment où « les foetus meurent dans la cavité utérine, ils sont agités de « mouvements convulsifs, pendant lesquels la déflexion des mem- « bres et du tronc se produit; or les enfants ont pu succomber « dans cette situation ». E più oltre parlando dei casi di Dubois e di Désormeaux aggiunge: « je ne puis admettre qu'avant la « rupture des membranes, le foetus ne subisse pas l'effet de la « contraction utérine, surtout lorsque cette dernière est fré- « quente et energique et tels étaient les cas observés par ces « deux auteurs, puisque la dilatation leur avait permis de faire « le diagnostique (1) ». A tale proposito ricorderò come in uno

(1) Pinard: *Du palper abdominal.* P. 28, 29.

dei casi di parto per il fronte riportato in questo lavoro riuscì a me ed agli altri presenti di fare la diagnosi a collo non ancora intieramente scomparso e ad orificio molto dilatabile, ma dilatato soltanto di poco più di un centimetro, e che in questo caso le contrazioni erano state prima tutt'altro che energiche ed insistenti, erano anzi passate quasi del tutto inavvertite. Ma prescindiamo da ciò: l'argomentazione di Pinard si può facilmente ritorcere contro di lui. Non crede egli possibile nel corso della gravidanza movimenti energici del feto e contrazioni uterine capaci di operare quella deflessione che egli ammette poter avvenire o nel periodo preagonico del feto, o nell'inizio del periodo dilatante prima della rottura delle membrane, prima cioè che entrino in scena nuove e speciali resistenze, le quali possono favorire tale movimento di deflessione? Del resto Spiegelberg l'ha osservata una volta cinque giorni e un'altra volta otto giorni prima che il travaglio si iniziasse. Che più! Tarnier e Chantreuil nel loro trattato in corso di pubblicazione, parlando della frequenza con cui si cambia la presentazione nel corso della gravidanza, riportano un quadro di dieci osservazioni di presentazione di faccia, diagnosticata nel corso della gravidanza (l. c. p. 472). Noi normalmente abbiamo in lotta forze le quali mantengono flessa la testa e forze le quali tendono a defletterla. Ordinariamente la vittoria è per le prime ma nulla toglie che le seconde possano alla lor volta trionfare coll' aiuto di qualche ausiliare. Farò più tardi l'enumerazione di questi ausiliari che favoriscono il discostarsi del mento dal piano sternale del feto. Essi sono numerosi: qui intanto basti citare i casi di tumori della parte anteriore del collo del feto, poichè il loro modo d'azione è affatto evidente e diretto. Hawkins, Beatty hanno descritto sotto il nome di cisti o di idroceli congeniti del collo, tumori appartenenti a detta regione. Simpson nella sua clinica ostetrica e ginecologica cita alcuni esempi di gozzo intrauterino: io stesso, l'anno testè decorso, come incaricato della visita degli Esposti al

loro primo ingresso, ebbi l'opportunità di vedere un neonato con un broncocele discretamente voluminoso. Interessantissimo è il seguente caso osservato da Simpson (1): « il gozzo era della « grandezza di un uovo di dindo: esso rese il parto laborioso, « *impedendo la flessione della testa e l' avvicinamento del mento* « *allo sterno;* in conseguenza la presentazione era *del fronte* e « non del vertice. Il gozzo esaminato dopo sembrava riempire « intieramente il cavo situato tra il mento e lo sterno ».

Ahlfeld accampa anche tale azione diretta per i grossi e numerosi convoluti di cordone attorno al collo non citando per altro esempi in appoggio: a tale proposito facendo lo spoglio delle presentazioni di faccia osservate in questo Ospizio nel periodo di tempo indicato, in un caso spettante al 1864, vedo accennata come circostanza speciale un funicolo grosso, lungo 92 cent. con tre giri attorno al collo.

Qualunque sia la causa la quale apporti direttamente od agevoli lo scostarsi del mento dal piano sternale del feto, vuoi nella gravidanza, vuoi in travaglio, vuoi nelle primipare, vuoi nelle multipare agirà in uno dei seguenti modi, o diminuendo l' energia d'azione dei fattori che mantengono l' abituale attitudine del feto, o aumentando l'energia d'azione dei fattori opposti, ovvero in modo promiscuo e combinato, diminuendo l' efficacia degli uni ed aumentando nello stesso tempo l'efficacia degli altri.

Quindi:

A. Diminuendo la così detta forza di restituzione di forma dell'utero.

B. Alterando la naturale disposizione del feto a svilupparsi, per legge embrionale, secondo un segmento di cerchio.

C. Togliendo i movimenti riflessi del feto.

D. Aumentando il peso del capo.

---

(1) Simpson: *Clinique obstétricale et gynécologique,* p. 111.

E. Aumentando la tendenza della colonna vertebrale ad assumere la posizione diritta perdendo la sua curvatura sul piano anteriore.

F. Provocando in modo diretto od agevolando lo spostarsi del mento dal piano sternale.

Per alcune cause il modo di agire è evidente: invece vi sono alcune circostanze interpretate in modo diverso, qualche volta opposto da ostetrici parimenti autorevoli. Il miglior modo di apportare la luce ce la forniranno gli osservatori futuri se avranno cura di redigere le loro osservazioni secondo date norme e nulla omettendo anche dei più minuti particolari, avendo maggior valore poche osservazioni redatte con metodo rigorosamente scientifico che non un cumulo di materiale clinico raccolto senza spirito di indagine e senza il deliberato proposito di farlo contribuire alla soluzione di determinati quesiti.

Parrebbe che nelle primipare dovessero trovarsi riunite le circostanze più favorevoli atte ad impedire lo scostarsi del mento. Difatti nella statistica tratta da Pinard dai *Bollettini della Maternità Parigina*, e da lui pubblicata nel lavoro sopraccitato, sopra 330 presentazioni di faccia, 139 appartengono a primipare, 191 a pluripare. Così pure nella statistica di Winckel, il quale, sopra 420 casi da lui riuniti, trovò 160 primipare e 260 multipare. Le ricerche da me fatte nei registri della Maternità Milanese mi condussero invece a risultati opposti: infatti sopra 96 presentazioni di faccia, quivi occorse dal luglio 1852 al gennaio 1880, trovai:

56 primipare
40 pluripare.

È degno di nota poi che tra queste ultime quelle che offrono

il maggior contingente di presentazioni di faccia sono le meno pluripare. Infatti essa è notata:

16 volte in IIpare
8 » » IIIpare
5 » » IVpare
5 » » Vpare
1 » » VIpare
1 » » VIIpare
2 » » IXpare
1 » » XIIpare.

Tali cifre, affatto in contraddizione con quelle di Winckel, mi porrebbero invece in accordo con Siebold, Birnbaum, Braun e Spaeth, i quali pure ammettono più frequente nelle primipare la presentazione della faccia (1). Come spiegare questo fatto il quale apparentemente tenderebbe a rovesciare in parte l'edificio poc'anzi inalzato? Egli è evidente infatti che nelle primipare è maggiore la tonicità, maggiore la forza di restituzione di forma non solo delle pareti uterine ma anche delle pareti addominali, per cui più difficile dovrebbe essere lo scostarsi del mento dal piano sternale: altrove quindi noi dovremo cercare le cause le quali eliminino l'influenza di questo fattore.

Fra i momenti che possono allontanare il mento dal piano sternale, Ahlfeld enumera:

A. In modo primitivo

1. La formazione di tumori alla parte anteriore del collo o superiore-anteriore del torace:
   a) gozzo congenito
   b) grossi convoluti attorno al collo di anse di funicolo.

(1) Nei due fascicoli ora apparsi della seconda edizione del trattato di Spiegelberg (*Lehrbuch der Gebürtshülfe: Lahr,* 1880), trovo che di 17 donne in cui osservò la presentazione del fronte, 11 erano Ipare, 3 IIpare, 1 IIIpara, 1 IVpara, 1 Xpara.

2. Contratture spastiche estese dell' utero in corrispondenza della regione occupata dal collo del feto.
3. Abnorme ingrandimento del capo e della circonferenza toracica od entrambi i momenti contemporaneamente, a lunghezza del feto relativamente normale.

Queste cause possono essere favorite:

a) dalla considerevole durezza del cranio;
b) dall'accumulo di liquido nella teca cranica.

4. Abnorme brevità del collo.
5. Doligocefalia.
6. Anse di funicolo strette e tese sulla fronte (ipotesi).
7. Situazione viziosa di gemelli.
8. Mancanza della volta cranica.
9. Gravidanze ripetute.
10. Aumento del liquido amniotico.
11. Piccolezza del feto.
12. Asfissia e morte del feto specialmente quando questa si complichi colla distensione della cavità addominale e toracica.
13. Obliquità dell'utero.
14. Presentazione obliqua del feto specialmente quando questo rivolge il piano addominale verso il distretto superiore (Bauchlage).
15. Rapido deflusso del liquido amniotico nelle presentazioni oblique, specialmente in detta posizione del feto.
16. Rapido cambiamento di posizione della donna in dette presentazioni.
17. Tumori situati al disopra dello stretto superiore.

B. In modo secondario, essendo prodotta la deflessione del capo da ostacoli frapposti alla discesa dell'occipite e situati:

1) all'orifizio interno;
2) all'orifizio esterno;
3) al distretto superiore;

4) alla spina ischiatica;
5) al legamento sacro-spinoso e sacro-tuberoso;
6) all'imene;
7) all'ostio-vulvare.

Il modo d'agire di alcuni di questi momenti primitivi o secondarii è abbastanza evidente, mentre il modo d'azione di altri, specialmente primarii merita di essere discusso, rischiarato, dimostrato. Lo farò più tardi dopo avere accennato alle concomitanze speciali, alcune delle quali potrebbero considerarsi come momenti causali, che io trovai designate facendo lo spoglio dei registri clinici ove sono consegnati i 96 casi più sopra accennati. Questi, come ho detto, appartengono a 56 primipare ed a 40 pluripare. — Trovai notate come circostanze speciali:

A. Nelle primipare:

Inerzia uterina	2	volte
Obliquità forte	1	»
Prematuranza	2	»
Ristrettezza pelvica	7	»
Spasmodica contrazione del collo . .	1	»
Resistenza del collo uterino	3	»
Anencefalia	3	»
Idrocefalia	1	»
Lunghezza del funicolo con tre giri attorno al collo	1	»
Irregolarità delle contrazioni uterine .	4	»
Placenta previa marginale con ristrettezza pelvica	1	»

B. Nelle pluripare:

Procidenza del braccio	1	»
Prematuranza	3	»

Anencefalia	4 volte
Inerzia uterina	2 »
Ristrettezza pelvica	6 »
Idramnios con anencefalia	1 »
Volume esagerato del feto (4300 gr.) .	1 »

In 44 casi si ebbero dunque circostanze speciali credute degne di nota da coloro che in tale frattempo ebbero l'incarico di redigere i registri clinici. Certo non mi è possibile l'affermare ed il determinare quale e quanta importanza essi, osservatori dei fatti, dessero a tali elementi come fattori causali: e qui ripeto come per rischiarare la questione della genesi delle presentazioni della fronte e della faccia gioverà specialmente lo studio delle future osservazioni, raccolte secondo criterii e norme speciali. Sarà invece più utile lo studio del modo di azione di alcune fra le cause enumerate e lo farò richiamandomi ai principii razionali più sopra enunciati e posti a base di questo studio.

Intanto esistono elementi insiti nel feto stesso, i quali possono agevolare se non produrre questo scostarsi primitivo del mento dallo sterno? La risposta deve essere affermativa: prescindendo dai casi in cui un ostacolo diretto si oppone all'avvicinarsi del mento allo sterno (tumori della tiroide come nel caso di Simpson) si può asseverare esservi circostanze le quali diminuiscono il grado di flessione del capo. A termine di gravidanza, a feto normalmente sviluppato, noi abbiamo un certo rapporto fra lunghezza dell'asse fetale intrauterino e lunghezza del feto svolto fuori dell'utero (1). Tale rapporto è approssimativamente come 1 : 2: esso può servirci di guida nella determinazione presuntiva dell'epoca della gravidanza ed è appunto in vista di tale rapporto che noi misuriamo il diametro di Ahlfeld. Meno svilup-

(1) Ahlfeld. *Bestimmungen der Grösse und des Alters der Frucht vor der Geburt. (Archiv. f. Gynaek.,* II Bd. III H.)

pato è il feto, più esso sarà compressibile, più incurvabile sarà la colonna vertebrale e maggiore diverrà il rapporto accennato, più si avvicinerà il mento allo sterno ed il punto più basso dell'asse fetale cadrà in corrispondenza di una linea che noi supporremo idealmente tracciata dalla piccola fontanella al grande foro occipitale, e *più difficile sarà quindi*, dato che la pressione uterina si eserciti normalmente, *che il mento si scosti dal piano sternale.* Nei feti *a sviluppo esagerato, a torace espanso, a capo voluminoso,* la colonna vertebrale è meno incurvabile, meno compressibile è il feto, il rapporto enunciato diventa minore, il punto inferiore dell'asse fetale corrisponderà invece ad un punto situato sul decorso della sutura sagittale *e più facile sarà che il mento si scosti dal piano anteriore del feto.* L'esperienza clinica corrisponde a queste vedute teoriche? Nel quadro sopra accennato di Pinard sopra 330 presentazioni di faccia dal punto di vista dello sviluppo del feto si trova che

24	feti	pesavano da	4000 grm. e più
71	»	»	3500 a 4000
127	»	»	3000 a 3500
72	»	»	2500 a 3000
33	»	»	al disotto di 2500
3	»	peso sconosciuto.	

Nei 96 casi da me raccolti nei Registri di questa Scuola 50 superavano i 3000 e 3 i 4000 grm. In base quindi vuoi alla teoria, vuoi alla pratica lo sviluppo notevole del feto sarebbe piuttosto favorevole che non sfavorevole allo scostarsi del mento dal piano sternale.

Ma di due altri fattori noi dobbiamo tener calcolo, dello sviluppo del petto nel suo senso antero-posteriore e del rapporto tra lunghezza e peso del feto. La lunghezza dei feti a termine è un elemento molto meno variabile che non il peso, talchè a pa-

rità di lunghezza rappresentata, supponiamo, pei feti a termine da 50 cent., non è infrequente il trovare invece grandi oscillazioni in peso. Queste oscillazioni del peso possono servire abbastanza esattamente di indice del grado di sviluppo del feto: maggiore sarà il peso in rapporto colla lunghezza, più sviluppato sarà il feto: minore sarà il peso in rapporto colla lunghezza, meno sviluppato sarà il feto, il che equivale a dire in base alle idee prima enunciate e come loro corollario che la prima circostanza sarà favorevole, la seconda contraria allo scostarsi del mento dallo sterno. — Ahlfeld, al quale dobbiamo lo svolgimento delle idee sovraesposte, insiste su questo punto, e, dopo aver lamentato la ommissione di questo rapporto tra lunghezza e peso del feto nei casi di presentazione di faccia o di fronte pubblicati, dà le seguenti cifre riguardanti 19 feti la cui maturità era ben constatata:

N.	Sesso	Peso	Lunghezza
1	maschile	3400	46
2	»	3100	48
3	»	3900	50 1/2
4	»	3060	49
5	»	3630	48,6
6	»	3300	49 3/4
7	»	3650	49 1/2
8	»	3450	52
9	»	3630	53
10	»	3150	49 1/2
11	»	3000	50
12	»	3500	51 1/2
13	femminile	3000	49
14	»	3500	49 1/2
15	»	3600	50 1/2
16	»	3250	50 1/2
17	»	3450	51
18	»	3680	53 1/2
19	»	3750	48,6

Ahlfeld, come media esprimente la maturità del feto accetta ctm. 50,5 per la lunghezza, grm. 3275 per il peso: ora percorrendo la tavola esposta vediamo che, mentre il peso supera la media tredici volte, la lunghezza invece supera la media soltanto cinque volte, la raggiunge tre volte, è inferiore ad essa undici volte. Alla lacuna lamentata da Ahlfeld io ho voluto supplire portando in campo cifre più numerose e tanto più attendibili nel nostro caso, inquantochè raccolte da' miei antecessori e certo senza idee preconcette riguardo a questo punto speciale. Nello spoglio fatto ho naturalmente escluso i feti mostruosi ed i feti prematuri, comprendendo soltanto quelli in cui il peso avesse raggiunto i 3000 grammi, trattandosi appunto di stabilire il rapporto tra lunghezza e peso del feto a termine nelle presentazioni di faccia. — Tale rapporto è indicato dalla seguente tabella:

	N. Progressivo	Lunghezza	Peso
Anno 1852	1	ctm. 48,6	grm. 3000
»	2	» 51,3	» 3400
»	3	» 50,4	» 3300
Anno 1853	4	» 48,6	» 3000
»	5	» 48,6	» 3000
»	6	» 46,6	» 3150
Anno 1854	7	» 45,9	» 3000
»	8	» 48,8	» 3700
Anno 1855	9	» 50,8	» 3000
Anno 1856	10	Non indicata	» 3100
»	11	» 51,3	» 3330
Anno 1858	12	» 46,6	» 3330
»	13	» 50,4	» 3275
»	14	» 51,5	» 3650
»	15	» 52	» 3800
»	16	» 54	» 4100
Anno 1859	17	» 49,5	» 3100

N. Progressivo		Lunghezza	Peso
Anno 1859	18	ctm. 54	grm. 3800
Anno 1860	19	» 50	» 3100
»	20	» 50,8	» 3100
Anno 1861	21	» 49	» 3150
»	22	» 50,9	» 3100
Anno 1862	23	» 50	» 3000
»	24	» 51,8	» 3050
Anno 1863	25	» 52	» 3200
»	26	» 46,3	» 3000
Anno 1864	27	» 53	» 4000
»	28	» 49,7	» 3100
Anno 1865	29	» 47,9	» 3000
Anno 1866	30	» 50,3	» 3200
»	31	» 50,6	» 4060
»	32	» 53,3	» 3390
»	33	» 50,1	» 3100
Anno 1867	34	» 50,6	» 3470
»	35	» 51,8	» 3390
»	36	» 50,8	» 3260
»	37	» 49,9	» 3015
»	38	» 49,9	» 3299
Anno 1868	39	» 50,5	» 3299
»	40	» 55	» 4300
Anno 1869	41	» 50,8	» 3230
Anno 1873	42	» 52,5	» 3400
Anno 1874	43	» 48	» 3150
Anno 1876	44	» 48	» 3150
»	45	» 51	» 3370
Anno 1877	46	» 51	» 3640
»	47	» 49	» 3300
Anno 1879	48	» 49	» 3050

Queste cifre non sono gran che decisive ed ulteriori ricerche devono essere fatte *ad hoc:* ritenendo, nei feti a termine 50 a 50,5 ctm. come media della lunghezza, 3000 a 3250 grm. come media del peso, noi vediamo che la media della lunghezza è superata 21 volte, mentre la media del peso è superata 24 volte. Non cessa per altro di essere degno di nota, che, *a peso sempre raggiungente o superante la media, vi furono* 18 *casi in cui non si raggiunse la lunghezza media restando qualche volta molto al disotto di essa.* Questi ultimi sono infatti così distribuiti:

Tra 49,5 e 49,9	inclusivamente	N. 4
A 49	»	» 3
Tra 48,5 e 49	»	» 4
A 48	»	» 2
Tra 47 e 48	»	» 1
Tra 46 e 47	»	» 3
Tra 45,5 e 46	»	» 1
		—
		N. 18

Riepiloghiamo: lo sviluppo esagerato dei feti è una condizione favorevole allo scostarsi del mento dal piano sternale; un feto sarà tanto più sviluppato quanto maggiore sarà il peso in confronto colla lunghezza, poichè a lunghezza pari di due feti, per es., di 50 ctm., certamente dovrà ritenersi più sviluppato quello che offre un peso maggiore: la sproporzione tra lunghezza e peso osservasi di frequente nella presentazione dellafaccia.

Che poi a feto ben sviluppato ed a torace espanso possa essere agevolato lo spostarsi del mento dal piano sternale, può quasi graficamente dimostrarsi colle qui annesse figure (1ª e 2ª), che io riproduco dalla memoria di Ahlfeld.

Se il capo aumenta di mole per idrocefalia, valgono le stesse considerazioni: alterata ne viene la forma dell'ovo, aumenta il

peso del capo, più difficilmente il mento può conservarsi applicato al piano sternale, o quanto meno più facilmente la testa può deflettersi, quando l' occipite venga ad urtare contro un punto dell' ingresso pelvico. Nella nostra raccolta vediamo accennata una volta l' idrocefalia nelle presentazioni di faccia: ciò è fatto abbastanza raro e Winckel nel suo lavoro non rammenta che un caso pubblicato da Tölpe (1). Egli è noto infatti come l' idrocefalia per l'alterato rapporto di forma e di adattazione tra ovoide fetale ed ovoide uterino predisponga piuttosto alle presentazioni dell' ovoide podalico. Infatti il Dott. Inverardi in un suo accurato lavoro (2) registra tre casi di idrocefalia sopra 301 parti per l'ovoide podalico.

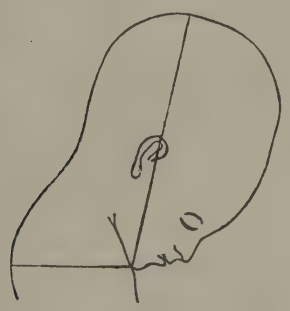


Fig. 1.

Produzione di un angolo ottuso a petto magro, poco svilpppato.

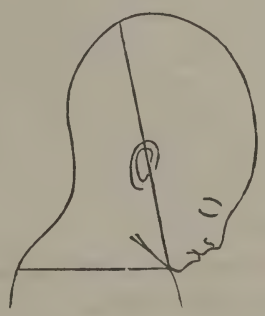


Fig. 2.

Produzione di un angolo acuto a petto ben sviluppato.

Poco innanzi abbiamo visto come lo sviluppo del feto e l'espansione del torace sieno momenti primitivi favorevoli all' avvicinarsi dell'occipite al piano dorsale del feto. Parrebbe quindi che la prematuranza ed il conseguente scarso sviluppo del feto, do-

(1) Tölpe: *De aetiologia part, facie praevia. Inaug. Dissert.* Greifswald, 1866.
(2) Inverardi: *Il parto podalico studiato nella Clinica Torinese.* Torino, 1878.

vesse ostacolarlo ed essere quindi un elemento poco favorevole alla produzione delle presentazioni del fronte e della faccia. Chè se nel nostro quadro delle presentazioni di faccia noi la troviamo indicata 5 volte sopra 96, il fatto non è punto contradditorio. Nei bambini molto sviluppati noi abbiamo condizioni realmente favorevoli per lo scostarsi del mento dal piano sternale, chè se tali presentazioni si riscontrano anche nei feti prematuri, dobbiamo ricercarne la causa in altre circostanze, molte volte in nesso col parto prematuro stesso, raccolta abbondante di liquido amniotico e la conseguente maggior mobilità del feto, morte del prodotto del concepimento colla conseguente abolizione dei movimenti riflessi, macerazione del feto col conseguente allungarsi del collo ed imbeversi dei dischi intervertebrali.

L'acrania, anencefalia, cranioschisi, ovvero con nome più generico la cefalo-peroplasia (da κεφαλη testa πηρος monco πλαϑις formazione) è causa potissima di presentazione della faccia e del fronte e noi vediamo indicato tale elemento causale otto volte sopra 96 casi. Inoltre nei miei ricordi trovo tre casi di anencefalia da me osservati nel Comparto Ostetrico e Ginecologico dell'Ospedale Maggiore: in essi la parte presentata era costituita da una cresta ossea rappresentata dall'osso frontale, dalla radice del naso, dalle arcate soprarbitarie; in uno di essi vi era ciclopia. E qui di passaggio noto come la borsa formata dalle meningi raddoppiate o meno dal cuoio capelluto più o meno alterato e ripiena di liquido (idromeningocele, idroencefalocele), complicanza abbastanza frequente in detto difetto di formazione, possa, specialmente se ignorata, portare ostacolo al compimento del parto. Tale borsa io l'osservai in tutti e tre i casi. Nel primo il parto avvenne spontaneamente dopo un travaglio piuttosto lungo e solo dopochè la borsa accennata si ruppe spontaneamente con scolo di molto liquido. Nel secondo caso venne fatta la versione da uno dei sanitarii di guardia: la diagnosi non era stata precisata neppure in questo caso ed, estratto il tronco, la testa non

sortì a malgrado di valide trazioni se non dopo lo scoppio della borsa meningea. Nel 3° caso venne istituito un diagnostico sufficientemente esatto; la borsa meningea era accessibile al dito esploratore ed il parto si effettuò rapidamente dopo la puntura del sacco meningeo.

Ma è ormai tempo che io intrattenga il lettore sopra una circostanza anatomica speciale, la quale, secondo idee caldeggiate dagli uni, combattute dagli altri, potrebbe favorire questo scostarsi del mento dal piano sternale del feto. Voglio qui alludere alla dolicocefalia, che, insieme alla brachicefalia, costituì la base dicotomica della classificazione delle razze umane, stabilita da Retzius, il quale era stato colpito dalla variabile lunghezza del diametro antero-posteriore del cranio in confronto col trasversale. È noto come Hecker basato sopra studii e ricerche proprie invocasse la dolicocefalia come causa predisponente ed occasionale delle presentazioni della faccia. La maggior lunghezza conseguente del braccio di leva posteriore produrrebbe facilmente la deflessione del capo, per poco che l'occipite incontrasse una lieve resistenza. Le idee di Hecker trovarono numerosi oppositori: ma è strano come la maggior parte di questi stieno paghi ad opporre l'obbiezione che la forma dolicocefalica sia l'effetto e non la causa, sia cioè la conseguenza delle pressioni subite dalla testa così deflessa nel suo passaggio attraverso la filiera pelvica. « Nous en avons une preuve péremptoire, scrivono Tarnier e Chantreuil nel loro trattato in corso di pubblicazione « a pag. 453, dans le fait suivant: cette conformation du crâne « que nous venons de décrire ne persiste pas après l'accouche- « ment ». Questa affermazione è dessa conforme alla verità? Tale speciale conformazione conservavasi evidentissima, per esempio, in un cranio preparato a secco da Ahlfeld, ed appartenente ad un bambino nato in presentazione di faccia e morto tre settimane dopo, quindi dopo un periodo abbastanza lungo, perchè le modificazioni di forma indotte dal parto, fossero completamente scom-

parse. Ma, prescindendo da questo, è singolare, lo ripeto, come quasi tutti gli oppositori di Hecker non abbiano tenuto verun calcolo degli altri elementi che costituiscono il corpo di dottrina da esso formulato. Le modificazioni di forma subite dal cranio all'atto del parto sono essenzialmente dovute ad alterazione dei rapporti tra le diverse ossa, le quali si spostano e si accavallano, approfittando degli spazii membranosi che le congiungono. Ciò spiega la instabilità di tali modificazioni: ma ciascun osso singolo considerato in sè, come osserva benissimo l'Ahlfeld, ha una forma speciale, variabile da individuo ad individuo, ed è tale forma speciale la quale può testimoniare sulla precedenza al parto della forma dolicocefalica. E poichè all' infuori dei lavori tedeschi, quasi non vedo accennate tali idee, sarà utile che io mi spieghi più chiaramente. Se noi prendiamo ad esaminare il cranio preparato a secco di un feto a termine e seguiamo collo sguardo i margini di un parietale, vediamo che il margine posteriore unendosi coll' inferiore forma un angolo ottuso e ci facciamo tosto persuasi che più ottuso sarà tale angolo, più l'occipite sarà gettato all' indietro. Tale angolo, chiamato mastoideo, su cui pure Hecker ha richiamato l'attenzione, non è dai più accennato: eppure la sua importanza è evidente, avendo Hecker dimostrato che nei feti nati in presentazione di faccia tale angolo è in media aumentato. In cinque cranii misurati da Hecker, e risguardanti feti nati in presentazione di faccia o di fronte si ebbe la seguente misura:

	Presentazioni di faccia			Presentazioni di fronte	
	I.	II.	III.	I.	II.
Angolo mastoideo	138°	132°	136°	140°	140°

Ho voluto accennare a questo fatto, perchè mi pare che si debbano proseguire le ricerche su tale argomento. Così pure allo scopo di avere in avvenire osservazioni redatte con cura e con

metodo scientifico riporterò quivi anche alcune misurazioni prese da Hecker, riferendomi a due altre osservazioni da lui pubblicate in seguito, oltre alle già accennate (1).

	Presentazione di faccia	Presentazione di fronte
Lunghezza della sutura sagittale	8,75	6,9
Lunghezza del margine coronario di un parietale	7,8	7,9
Lunghezza diagonale del parietale come arco	11,8	10,0
Lunghezza diagonale del parietale come corda	9,25	8,2
Lunghezza dell'occipit. come arco	6,8	6,8
Dal margine anteriore del foramen magnum fino al margine alveolare del mascellare superiore	5,0	5,3
Braccio di leva anteriore	5,6	5,8
Braccio di leva posteriore	5,5	4,4

Di queste due osservazioni di Hecker, la seconda di parto per il fronte risguarda una gravidanza gemellare, in cui il 2° feto venne espulso in presentazione di fronte come precisamente il 2° feto nella osservazione di parto trigemino da me riportato per la 1ª in disteso.

La dolicocefalia potrà essere considerata come elemento causale specialmente nei bambini grossi, a torace sviluppato, e ciò per le considerazioni più sopra svolte. E qui mi sia lecito di richiamare l'attenzione degli ostetrici, che avranno l'opportunità di farlo, sopra una circostanza anatomica, di cui nessuno parmi si sia sinora occupato, e che a mio avviso potrebbe avere la sua importanza. È noto come il grande foro occipitale non sia in un piano

(1) Hecker: *Zwei neue Beobachtungen über die Schädelform bei Gesichts und Stirnlagen. (Archiv. f. Gynaeck,* 1871, II. Bd. III. H).

orizzontale, ma presenti una inclinazione, la quale può variare secondo Broca da + 19° a — 16°, inclinazione misurata appunto dal così detto angolo occipitale di Daubenton. Con esso si determina la direzione del cranio relativamente alla parte superiore della colonna vertebrale: io non ho avuto l'occasione di fare ricerche comparative in proposito, ma mi sembra evidente che il grado diverso di tale inclinazione possa avere influenza sulla maggior o minor tendenza a deflettersi del capo.

Dunque se, nelle primipare, per parte dell'utero, abbiamo una circostanza favorevole alle presentazioni del vertice nella maggior tonicità delle pareti uterine, non mancano altri elementi causali specialmente inerenti al feto, i quali possono eliminare tale influenza. Del resto è notorio come la forza di restituzione di forma, più sviluppata nell'utero delle primipare, non è tale da non permettere frequenti cangiamenti di presentazione e di posizione del feto, benchè ci assicuri una stabilità maggiore, in confronto delle pluripare, la quale ultima circostanza ci spiega come la pluriparità possa essere per sè, da tale punto di vista, una causa predisponente alla deflessione del capo, ma non tale da primeggiare sugli altri elementi causali, come ne convince il fatto, che, nella nostra statistica, le pluripare figurano in numero minore.

Non essendo mia intenzione di estendermi di troppo sullo studio della eziologia delle presentazioni della faccia e del fronte, tralascierò di passare in disamina le cause, le quali durante il travaglio, ostacolando la discesa dell'occipite, *a testa non assolutamente flessa*, (condizione per me indispensabile), possono deflettere la testa. Il loro modo d'azione è abbastanza ovvio. Non posso per altro esimermi dal fare alcune considerazioni sulla influenza esercitata dalla obbliquità uterina e dalle viziature pelviche.

L'obbliquità uterina, da Deventer in poi, fu una delle cause più invocate delle presentazioni della faccia e del fronte, benchè a volta a volta non mancassero i valenti oppositori. Nel quadro da

me riportato, risguardante le presentazioni di faccia occorse in questo Ospizio, una obliquità forte non è stata registrata che una sol volta ed in una primipara. Ma qui noi dobbiamo studiare l'influenza di quella obliquità laterale destra, che in grado modico esiste sì di frequente, 76 volte sopra 100 al dire di Dubois e Pajot, quando con essa cospirino altri elementi. L'influenza di una tale inclinazione in unione colla forma dolicocefalica fu studiata specialmente da Duncan (1): questa favorisce evidentemente l'azione della prima, nonchè di tutte quelle circostanze che ostacolano la discesa dell'occipite, e così pure avviene di tutte le cause più sopra accennate che diminuiscono il grado di flessione del capo. Questo *minor grado di flessione*, che più sopra abbiamo dimostrato poter tenere a cause differenti, può rappresentare quel *principio di deflessione* che il Gardien riteneva necessario perchè l'obliquità uterina agisse nel senso comunemente accettato. Egli infatti scrive: « je regarde cependant comme très-« certain que s'il n'existoit pas un commencement de renverse-« ment, l'obliquité de la matrice ne pourroit pas le produire « pendant le travail (2) ». Quanto al meccanismo con cui si esercita tale influenza, esso non viene compreso da tutti nello stesso modo. Dai più di solito si suole esprimere il seguente concetto: poichè le presentazioni della fronte e della faccia sono secondarie a quelle del vertice, eguale disposizione si avrà nell'ordine di frequenza delle posizioni (scegliendo il fronte come punto di ritrovo), perchè all'occipite, che, urtando contro un punto del distretto superiore, si eleva verso il dorso, si sostituisce il fronte o la faccia. La questione, posta in questi termini, non mancherebbe di provocare facili e ragionevoli argomentazioni in contrario. L'argomento merita quindi di essere approfondito: parrebbe infatti che,

---

(1) Duncan: *Sur le mecanisme de l'accouchement normal et pathologique.* Traduit par Budin. Chapitre XIV.

(2) Gardien: *Traité complet d'accouchements*, 1816, T. II. p. 316.

così essendo le cose, il rapporto tra prima e seconda posizione della faccia dovrebbe essere eguale a quello che intercede tra prima e seconda del vertice. Invece, mentre per il vertice il rapporto tra 1ª e 2ª posizione è di 2,6: 1, per la faccia invece lo stesso rapporto è di 1,4 ovvero di 1,3: 1 (confrontisi Winckel, Hecker, Duncan, Schröeder): dunque bisogna concludere con Winckel e Duncan « che, *caeteris paribus*, la presentazione della « faccia è più facilmente prodotta quando il dorso del feto è ri- « volto a destra, che non quando esso è rivolto a sinistra (1) ». Fatto d'altronde già espresso nettamente da Gardien, il quale scrivendo al principio di questo secolo, così rifletteva le idee de' suoi contemporanei e de' suoi antecessori: « mais, disent ils, « si la matrice est oblique *et que l'obliquité ait lieu du côté ou se* « *trouve l'occiput*, la direction des forces expulsives ne porte « plus sur l'occiput (2) ». In queste parole è pure arieggiata la spiegazione di Duncan, alla quale sottoscrivo pienamente: eccone il concetto fondamentale quale venne da lui formulato. « Se noi « spingiamo un corpo plastico, quale un feto, attraverso un ca- « nale curvo, come la pelvi, e se noi supponiamo che le pareti « del canale sieno tutte egualmente resistenti, la parte che sarà « spinta più efficacemente e che discenderà la prima, è la parte « che sarà situata più vicino alla linea che rappresenta la dire- « zione della risultante delle forze. Dunque, nel caso a cui noi « facciamo allusione, la parte che è situata più vicino alla con- « cavità del canale discenderà la prima (3) ». Applicando questo concetto all'argomento che ci occupa, si scorge tosto come quando l'occipite è rivolto a sinistra, occupando esso la concavità della curva, discenda per il primo, e sia quindi più difficile la deflessione del capo. Quando invece l'occipite è rivolto a destra, bene inteso sempre ammessa l'obliquità laterale destra, allora è la

(1) Duncan: l. c. p. 238.
(2) Gardien: l. c. p. 316.
(3) Duncan: l. c. p. 236.

fronte che occupa la concavità della curva, ed è quindi più facile che essa discenda la prima e la testa si defletta più o meno quando sieno presenti quelle circostanze che già rendano meno flessa la testa, o che pure ne agevolino la deflessione quando qualche ostacolo si opponga alla discesa dell'occipite. Duncan prosegue più oltre e con tale teoria vorrebbe spiegare il diverso grado di frequenza delle presentazioni di faccia in Germania ed in Inghilterra. Secondo Hecker si avrebbe un caso di presentazione di faccia sopra 168 parti, mentre Collins alla Rotunda di Dublino avrebbe trovato una presentazione di faccia sopra 497 parti. Questa minor frequenza il Duncan l'ascriverebbe precisamente al fatto che, in Inghilterra, per il decubito laterale sinistro abituale per le donne che partoriscono, ne verrebbe corretta l'obliquità uterina destra così frequente. Ciò troverebbe appoggio nel grado di frequenza con cui si è presentata la faccia in questo Ospizio Milanese, ove le donne partoriscono nella posizione sacro-dorsale. Quivi infatti sopra 10613 parti dal Luglio 1852 al Gennaio 1880 si ebbero 96 presentazioni di faccia, il che darebbe una frequenza ancor maggiore che non quella designata da Hecker, vale a dire 1 sopra 110.

Schröeder invece (1) ricerca la genesi di tali presentazioni nel fatto che l'insieme delle contrazioni uterine, diminuendo il diametro trasverso dell'organo, ha per effetto di trasformare le presentazioni oblique del feto in presentazioni longitudinali. Se il dorso del feto riguarda il fondo dell'utero, vale a dire in quella posizione che i Tedeschi chiamano *Bauchlage*, mentre la pressione esercitata da una parete laterale spingerà l'estremità podalica verso il fondo uterino, la pressione della parete opposta agirà sull'occipite e lo spingerà verso la nuca, specialmente quando saranno presenti quelle tali circostanze che favoriscano l'allontanarsi del mento dal piano sternale.

---

(1) Schroeder: *Traité d'accouchements*, traduit par Charpentier, p. 166.

Passando ora a studiare l'influenza della ristrettezza pelvica, noi la troviamo indicata quattordici volte come circostanza concomitante la presentazione della faccia. Ora, a questo riguardo, le opinioni degli autori sono abbastanza divise. I più però si accordano nel dare importanza alla ristrettezza pelvica come momento secondario nella produzione delle presentazioni del fronte e della faccia. Quando per uno dei momenti primitivi sopraindicati, sviluppo esagerato del capo, dolicocefalia etc., la flessione del capo sia meno notevole, ovvero più lungo sia il braccio di leva posteriore, l'occipite può arrestarsi contro la linea innominata, mentre discende la parte anteriore del capo. Ben inteso che, perchè ciò avvenga, la pelvi non deve essere troppo ristretta, perchè altrimenti ne verrebbe impedita anche la discesa della parte anteriore del capo. Tutto quanto si è detto mette in evidenza come molte volte la presentazione del fronte non sia che uno stadio iniziale delle presentazioni di faccia, potendo poscia persistere come tale ovvero trasformarsi in presentazione di faccia. Al che veniva anche accennato da Gardien: « la présence « du front et celle de la face tiennent au même mécanisme.... « L'une est le premier degré et l'autre le dernier: elles ne dif« fèrent que du plus au moins (1) ». Di qui la necessità in cui mi sono trovato di fare uno studio eziologico comune delle presentazioni del fronte e della faccia. Nella parte che segue ritornerò ad occuparmi esclusivamente del parto per il fronte e ne studierò la meccanica ed il governo, nonchè i modi del nostro intervento, quando questo si faccia necessario: chè se le mie idee su tale argomento non saranno in tutto concordi con quelle più comunemente adottate, sento sin d'ora l'obbligo di avvertire il lettore, che ad esse fui condotto dalla osservazione e dall'esame spassionato dei fatti.

---

(1) Gardien: l. c. p. 317.

IV.

Poco importa, per l'argomento che andrò svolgendo, che si consideri la presentazione del fronte come presentazione a sè o come varietà, solo mi giova il far risaltare come nè l'occipite nè il mento giuochino qui la parte importante assegnata loro rispettivamente nelle presentazioni del vertice e della faccia. Schematicamente la testa potrebbe inscriversi in un triangolo i cui apici fossero rappresentati dell' occipite, dal mento, dal fronte: dei tre lati di questo triangolo solo il mento-occipitale non ha proporzioni diametriche corrispondenti ai diametri della trafila pelvica che la testa deve percorrere. Succede nel parto quanto avverrebbe a chi volesse far passare un triangolo di filo metallico entro un anello inestensibile, le cui proporzioni rappresentassero reciprocamente quelle che intercedono fra testa fetale e pelvi. Nelle presentazioni del vertice, l' occipite rappresenta l' apice più basso del triangolo ed escendo pel primo diminuisce della propria lunghezza la lunghezza del diametro mento-occipitale e permette lo svolgersi del mento dopo l'evoluzione successiva degli altri diametri sotto-occipitali. Nelle presentazioni della faccia l'apice inferiore è rappresentato dal mento, che venendo ad impegnarsi sotto l' arcata pubica diminuisce di tutta la sua lunghezza il diametro e massimo permette quindi anche all'occipite di svolgersi e di sprigionarsi. Se noi prendiamo ora una testa di feto a termine ovvero il triangolo schematico che la rappresenta e la collochiamo in rapporto col distretto superiore della pelvi talchè il punto più prominente della fronte sia situato nel centro della pelvi e costituisca l'apice più basso del triangolo sovraccennato, noi vediamo come *la linea la quale rappresenta il diametro mento-occipitale non sia punto parallela al piano rappresentante il distretto superiore.* La ragione ne è evidente e sta nella minor lunghezza del diametro fronto-mentoniero in confronto del

diametro fronto-occipitale. Ciò mi mette tosto in opposizione con M.me Lachapelle la quale scrive: « prenez la tête d'un foetus à « terme, mettez-la en rapport avec le détroit abdominal du « bassin dans une direction telle que le front soit au centre de « ce détroit et vous verrez che l'axe de ce détroit traversera la « tête dans le sens d'une ligne étendue du milieu du front jusque « derrière le grand trou occipital; que le plan de ce détroit « coupera cette ligne à angle droit; que ce plan traversera la

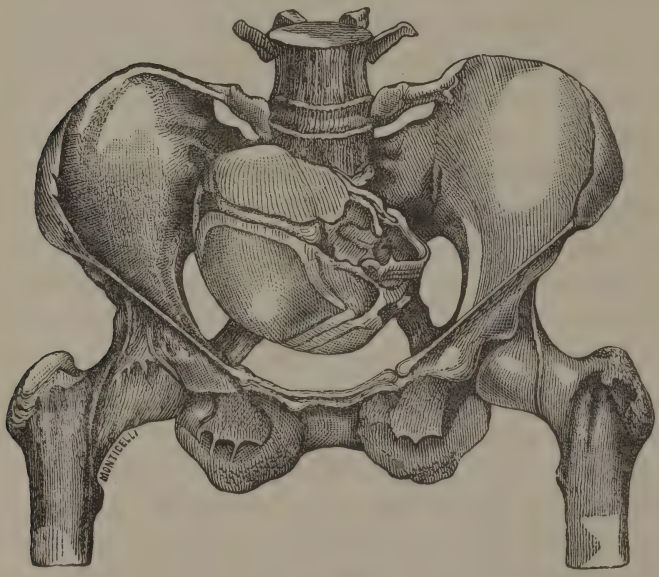


Fig. 3.

« tête du menton à la fontanelle posterieure et d'une oreille à « l'autre: *donc le grand diamètre de la tête, l'occipito-mentonnier,* « *sera en rapport avec la diamètre transverse, ou l'un des diamè-* « *tres obliques du détroit* ». Che ciò sia erroneo lo dimostra uno sguardo dato alla qui unita figura 3ª in cui si rappresenta la situazione del capo nella presentazione del fronte.

Perchè ciò fosse realmente converrebbe, che, restando sempre

la fronte nel centro della pelvi, *il diametro fronto-occipitale ed il diametro fronto-mentoniero fossero di egual lunghezza, vale a dire che il triangolo in cui può inscriversi schematicamente la testa fosse isoscele;* allora soltanto il diametro mento-occipitale verrebbe ad essere parallelo al piano del distretto superiore, ed il parto spontaneo sarebbe impossibile a condizioni normali poichè ad un

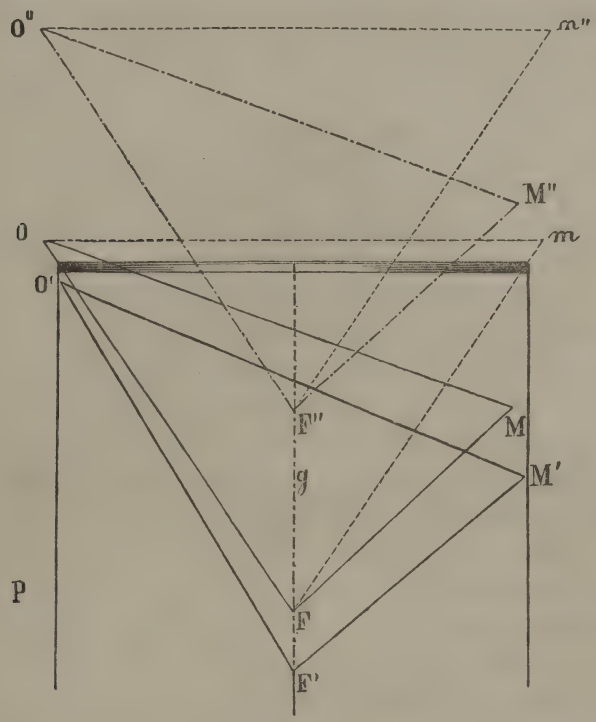


Fig. 4.

dato punto il diametro occipito-mentoniero, che ne costituisce la base, verrebbe ad applicarsi al distretto superiore in corrispondenza del diametro trasverso o di uno degli obliqui alquanto inferiori. Ma, essendo il diametro fronto-mentoniero più breve che non il diametro fronto-occipitale, nè verrà che, nel movimento di

progressione del fronte, l'estremo mentoniero del diametro occipito-mentoniero s'impegnerà nella trafila pelvica prima dell'estremo occipitale di detto diametro, rendendo quindi possibile l'ulteriore avanzarsi della parte presentata, poichè il diametro mento-occipitale s'insinua di sbieco nell'anello che rappresenta il distretto superiore.

L'unita figura 4ª spiega graficamente in modo abbastanza chiaro il mio concetto. Premetto che tutte le dimensioni sono proporzionali e rappresentate alla metà del vero. Se nella sezione cilindrica P introduciamo il triangolo schematico occipito-fronto-mentoniero (O″ F″ m″) coll'apice rappresentante il fronte in basso e centralmente, supposti i lati Occipito-Frontale O″ F″ e Mento-Frontale m″ F″ eguali come precisamente in O″ F″ m″, allora il lato Occipito-Mentoniero O″ m″ sarà parallelo allo stretto superiore e ad un dato punto si applicherà all'apertura pelvica, non potendo superarla. Ma il diametro fronto-mentoniero, abbiamo detto, è inferiore al diametro fronto-occipitale ed il triangolo O″ M″ F″ rappresenta le vere proporzioni diametriche del capo: allora collocando la fronte al basso ed al centro, col progredire della parte, l'estremo M″ s'impegnerà prima che l'estremo O″, ed il triangolo O″ M″ F″ si trasporterà successivamente in O M F ed in O′ M′ F′.

Orbene, quando la parte presentata è poco avanzata e quindi il diametro occipito-mentoniero è ancora libero al disopra dello stretto superiore, vale a dire in questo, che io chiamerò 1° periodo del parto per il fronte, evidentemente è ancora possibile un movimento di flessione graduata o spontaneo o impresso dell'arte che trasformi la presentazione del fronte in presentazione del vertice. Nulla osta infatti acchè, essendo la base, rappresentata dal diametro occipito-mentoniero, ancora al disopra dello stretto superiore, tale diametro subisca l'evoluzione necessaria per tale trasformazione. Lo stesso dicasi della trasformazione della presentazione del fronte in quella della faccia per graduale

estensione della testa. Perchè questo avvenga è necessario che l'occipite si scosti sempre più dallo stretto superiore e che vi s'impegni l'estremo opposto del diametro occipito-mentoniero. In questo primo periodo dunque sarà possibile la trasformazione spontanea od artificiale della presentazione del fronte tanto nella presentazione del vertice quanto in quella della faccia, e a tale scopo, prescindendo anche dalle manovre dirette, potremo giovarci efficacemente dando alla donna un'acconcia posizione, che sarà facilmente determinata da chi ha seguito le considerazioni fatte sull'obliquità uterina come elemento causale.

Proseguiamo: la parte presentata invece spinta dalle contrazioni uterine continua ad avanzarsi: egli è evidente, e lo si scorge osservando la figura già menzionata, che il mento costituendo il punto più basso della linea mento-occipitale s'impegnerà per il 1° nell'anello schematico che rappresenta il distretto superiore e ad un certo punto sarà impegnato l'estremo mentoniero quando non lo è ancora l'estremo occipitale. Nulla ripugna per altro perchè anche questo s'impegni a sua volta, poichè il diametro mento-occipitale non viene ad applicarsi parallelamente al distretto superiore, ma s'insinua in esso in isbieco col mento più basso: nessuna difficoltà quindi allo stretto superiore, se questo non presenta ristrettezza, colla quale causa è probabilmente molte volte in nesso il genere stesso della presentazione. E qui per l'ulteriore decorso del parto cederò la parola a Schröeder che plasma per così dire in poche righe il meccanismo del parto per il fronte: « al momento della discesa, *la fronte rota* « *in avanti* (egli suppone una posizione trasversale) ed *il vertice* « *all'indietro*. Il fronte appare alla vulva, poi gli occhi e mentre « la mascella superiore fa punto d'appoggio contro la sinfisi « il vertice si disimpegna al davanti del perineo. Non è che dopo « l'uscita di tutta la volta del cranio che si vede apparire sotto « la sinfisi la mascella superiore, la bocca, il mento ». E più oltre scrive: « l'andamento del parto nelle presentazioni del fronte

« è difficilissimo e ciò in parte perchè accade abbastanza soventi
« che questo vizio di presentazione del cranio tenga ad un de-
« bole grado di stenosi pelvica. Allorquando la stenosi è consi-
« derevole il cranio non può impegnarsi in questo modo. *Ma è*
« *sopratutto al distretto inferiore che il disimpegno è reso difficile*
« *perchè la testa non può allora superare col suo più gran diame-*
« *tro il diametro retto del distretto inferiore* ». Dunque *la fronte deve rotare all'avanti, l'ostacolo non si trova allo stretto superiore se questo non è notevolmente ristretto, ma bensì al distretto inferiore,* ove per altro la retro pulsione notevole del coccige può rendere possibile il parto anche per feti maturi in determinati casi. Lo schema da me presentato mette in piena luce tali fatti, dimostra possibile l'impegno allo stretto superiore e nello stesso tempo fa vedere, come allo stretto inferiore, perchè l'occipite si sprigioni al davanti della commettitura posteriore della vulva, deve il diametro occipito-mentoniero confrontarsi ad un dato punto col diametro antero-posteriore dello stretto inferiore. Chè, se intervenire dovremo *per il fatto della presentazione,* sarà quindi in condizioni per nulla gravi.

Stimo qui inutile accennare alle deformazioni speciali che subisce la testa nel parto per il fronte, perchè ormai figurate in tutti i trattati moderni. Ricorderò qui soltanto come Uwedale West, Playfair, Tarnier affatto recentemente descrivono per le posizioni occipito-posteriori del vertice permanenti un meccanismo molto analogo a quello descritto pel fronte, e che potrebbe ingenerare il dubbio trattarsi in detti casi di presentazioni del fronte, ovvero in alcuni casi di presentazione del fronte trattarsi di presentazioni del vertice in occipito posteriori. Per parte mia non ho mai osservato il meccanismo da loro descritto nelle posizioni posteriori permanenti del vertice di cui molte volte ebbi campo a studiarne il meccanismo in quest'Ospizio; comunque sia, a sceverare gli uni dagli altri casi basti l'osservare come nelle posizioni trasversali ed anche anteriori del fronte l'occipite roti poste-

riormente quasi senza eccezione e sia anzi questa una delle condizioni volute pel parto spontaneo o procurate col nostro intervento, come ne convince il ragionamento e l'esame dei numerosi fatti clinici sopra riportati. Ma arrestiamoci ancora un momento su questo periodo d'impegno obliquo del diametro occipito-mentoniero, che io chiamerei secondo periodo, e supponiamo che, dopo aspettativa più o meno lunga, divenga necessario l' intervento dell' arte. In questa ultima ipotesi, trascorso evidentemente il momento favorevole per la versione, due partiti rimarranno al pratico, il forcipe o la correzione. Il lettore, il quale mi ha seguito nelle considerazioni poco anzi svolte ed ha meditato le osservazioni esposte, troverà razionali riguardo all'uso del forcipe i seguenti precetti: 1° coll'applicazione del forcipe dovrà seguirsi il meccanismo del parto spontaneo per il fronte; 2° col forcipe non si dovrà quindi in niun modo cercare di condurre l' occipite in corrispondenza dell' arco pelvico anteriore, si dovrà anzi favorire la sua tendenza naturale a portarsi posteriormente; 3° una volta apparsa la fronte al vuoto vulvare, allorquando il mascellare superiore o la radice del naso fanno punto d'appoggio in corrispondenza dell' arcata pubica, si dovranno innalzare i manici onde sprigionare l'occipite al davanti del perineo ed abbassarli quindi onde estrarre il resto della faccia. A convincerci di quanta importanza sia realmente questa *caratteristica* rotazione dell'occipite all'indietro, basti l'osservare come la persistenza o la rotazione dell' occipite all' avanti nelle 64 osservazioni da me riportate non si verificò che due volte, nella Oss. III di M.e Lachapelle e nella XXX di Ahlfeld, e nella prima si trattava *di feto piccolo e di pelvi grande*, e nella seconda il bambino morto pesava 2740 grm. mentre poi in ambedue si richiese l'uso del forcipe.

Esaminiamo ora l'altro mezzo, la correzione. Si consiglia quasi promiscuamente ed indifferentemente o di abbassare il mento, compiendo quindi la estenzione del capo o di uncinare l' occipite e di abbassarlo compiendo la flessione. Ma questi due mezzi sono

egualmente razionali? Affatto logico il 1° tentativo, mi sembra che al 2° la meccanica volga serie obiezioni. Nel 1° modo infatti, abbassando il mento, *il punto più basso della linea occipito-mentoniera*, (V. la figura schematica) nulla osta che il diametro occipito-mentoniero compia la sua evoluzione, poichè frattanto l'occipite il quale rappresenta il punto più elevato andrà sempre più scostandosi dalla parete pelvica ed avvicinandosi alla linea asse. Col secondo processo invece, abbassando l'occipite, inevitabilmente ad un dato punto il diametro occipito-mentoniero verrebbe a confrontare un diametro pelvico minore, ammenochè prima con manovre speciali non si fosse respinto la testa fuori della pelvi (si consultino a questo riguardo le opere di Guillemeau, di Mauriceau, di Dionis, di Deventer, di Smellie, di M.me Lachapelle). Dunque, a condizioni normali, in questo secondo periodo, è possibile, e noi possiamo attenderla o procurarla coll'arte, la trasformazione della presentazione del fronte in quella della faccia, ma le condizioni meccaniche dovrebbero sconsigliare dal tentare una trasformazione di essa in presentazione del vertice. Chè se noi consideriamo poi la leva come strumento di correzione, in questo caso evidentemente dovremmo ricordarci che mettendo in mano la leva si soleva dire nei bei tempi di questo strumento « potentia agit in os occipitis ». Dovendo quindi applicarsi sull'occipite allo scopo di richiamare il vertice, l'uso di tale strumento sarebbe passibile delle medesime obbiezioni, ed a tale riguardo è molto istruttiva l'osservazione XVa: in questa la leva non riesce ad abbassare l'occipite e la presentazione del fronte trasformasi quindi spontaneamente in presentazione della faccia. Anche M.me Lachapelle quantunque anch'essa accenni in modo promiscuo ai due modi di correzione, pure in due punti della memoria citata non nasconde *la sua preferenza* per questo modo d'intervento, diretto a richiamare la faccia, anzichè il vertice. A pag. 409 infatti ella scrive: « quand le front se présente, « je trouverai toujours plus de facilité à faire descendre la face, je

« atteindrai le menton bien plus aisément que l'occiput; je favo-
« riserai *la pente naturelle* de la tête et *je n'aurai pas besoin de*
« *la repousser hors de l'excavation.* E più oltre aggiunge: « le
« foetus présentait le front et M. Baudelocque voulut d'abord
« soutenir la face et l'empêcher de descendre: vains efforts, elle
« se rapprochait à chaque douleur de la direction horizzontale.
« *Il voulut alors aller chercher l'occiput, il ne put parvenir à l'a-*
« *baisser;* enfin il ne vit d'autre ressource que d'accélérer la
« marche de la nature en secondant ses efforts, c'est-a-dire, en
« appuyant sur le front pour faire descendre le menton davan-
« tage ». Lo schema da me presentato mette in evidenza le ragioni di ciò che M.me Lachapelle chiama *pente naturelle* della testa, e giustifica i corollarii pratici che se ne possono trarre.

Ma vediamo ora se a queste considerazioni teoretiche ed a queste affermazioni più o meno dottrinarie si conceda o si rifiuti la sanzione della clinica, che, specialmente nel campo ostetrico, è e deve essere giudice supremo ed inapellabile. E poichè nelle prime pagine di questo lavoro abbiamo visto l'enorme divario di opinioni sulla prognosi di tale presentazione, il grande numero dei fatti da me raccolti ci dirà pure colla eloquenza inappellabile delle cifre, a quale affermazione dobbiamo noi tenerci e ci farà tener egualmente lontani dall'ottimismo degli uni e dal pessimismo degli altri. Riunendo le mie osservazioni a quelle di Fritsch, M.me Lachapelle e Ahlfeld abbiamo 64 osservazioni: analizzandole vediamo:

Forcipe	27	volte
Versione	2	»
Embriotomia	2	»
Parto spontaneo di feti maturi . . .	11	»
id. id. di feti prematuri . .	6	»
Da riportarsi	48	

Riporto	48	volte
Conversione spontanea della presentazione del fronte in faccia	10	»
Conversione artificiale della presentazione del fronte in faccia	7	»
Conversione spontanea della presentazione del fronte in vertice . . .	6	»
Conversione artificiale della presentazione del fronte in vertice. . . .	1	»
Leva	1	»
Isterostomatotomia	1	»
Totale	74	

Dodici feti vennero estratti morti ma molti di essi erano premorti.

Madri morte N.° 7.

Il disaccordo del totale sopraccennato col numero delle osservazioni proviene dall'accumulo delle operazioni complementari (1).

Quale è il significato, quale è il valore di queste cifre? A me sembra come esso armonizzi coi corollarii già tratti, e come esso ci tenga egualmente lontani dal pessimismo degli uni e dall'ottimismo degli altri. Il parto spontaneo è possibile anche a ter-

(1) Dal trattato di Spiegelberg già accennato apparso mentre questo lavoro era già compiuto, tolgo i seguenti dati che riassumono la sua esperienza. Come già dissi furono 17 i casi da lui osservati: delle 17 donne una sola morì, dei feti morì quasi la metà: 6 di esse avevano bacino ristretto o semplicemente piatto o universalmente ristretto piatto. Due volte si aveva una gravidanza gemellare: in una di esse ambo i feti si presentarono col fronte ed avvenne il parto spontaneo dopo la sostituzione spontanea del vertice; nell'altra il primo dei gemelli, presentatosi col fronte, richiese la craniotomia: altre 2 volte si ebbe parto spontaneo di feti prematuri. Riguardo agli altri 14 bambini maturi 6 vennero alla luce con parto spontaneo ma due di essi morti, 2 vennero estratti vivi col forcipe, 1 venne estratto morto col rivolgimento, infine 5 richiesero la perforazione, il che darebbe per Spiegelberg un procento di operazioni embriotomiche molto superiore a quello della mia statistica complessiva.

mine, ma difficile e la presentazione del fronte richiede molte volte l'intervento dell'arte, ma questo si limita il più delle volte al forcipe, al quale certo non possiamo addebitare le morti delle madri, dovute al più delle volte all' elemento infettivo. Dodici feti è vero vennero estratti morti, ma queste morti non devono tutte addebitarsi alla presentazione, ma alla procidenza del funicolo, alla prematuranza, a cause insite nel feto. Quanto alle idee espresse sulla trasformazione spontanea od artificiale della presentazione del fronte in quella della faccia o del vertice, esse sono confermate dall' esposizione clinica dei fatti specialmente quando il lettore, rilette le osservazioni riferentesi alla trasformazione della fronte nel vertice, troverà per alcuna di esse la spiegazione o nella estrema mobilità del feto che permette di supporre la sua posizione elevata (la quale qualche volta è espressamente notata) o il suo scarso sviluppo ovvero nell' ampiezza della pelvi: non è raro infatti il trovare indicata nello stesso caso una serie di trasformazioni del vertice nella fronte, della fronte nel vertice, indi di questo nuovamente nella faccia e viceversa, che anzi nella 11ª di Ahlfeld, già sostituitasi al fronte la faccia, si cambia questa manualmente in vertice, il che presuppone condizioni anormali. Ad esse fa invece notevole riscontro il fatto di alcune osservazioni (15ª delle mie, 6ª e 7ª di Mme Lachapelle), in cui non riescì affatto la trasformazione della presentazione del fronte in quella del vertice, facile invece la sostituzione della faccia sia per opera della natura, sia per opera dell'arte. Mi sembrano quindi giustificate le seguenti conclusioni:

1.° Il parto spontaneo di feti a termine nella presentazione del fronte è possibile.

2.° Esso richiede molte volte l'intervento dell' arte ma gli ostacoli non sono al distretto superiore, quando questo non sia ristretto, ma alla parte media dello scavo od al distretto inferiore, poichè si è, quando la fronte è discesa alla sezione pelvica inferiore che il diametro occipito-mentoniero deve subire la

sua evoluzione: ad ogni modo l'arte interverrà in condizioni nè difficili nè pericolose, nè per la madre nè per il feto.

3.° Qualche volta la concomitante stenosi pelvica, che sembra essere in nesso col genere della presentazione, renderà più laborioso il parto e più grave il nostro intervento.

4° Il meccanismo del parto per il fronte è retto da norme speciali che non devono essere dimenticate da chi assiste al parto od applica il forcipe, ricordandoci sovratutto che l'occipite deve rotare posteriormente, circostanza questa che costituerebbe un carattere atto a distinguere tali presentazioni dalle occipito-posteriori del vertice.

5.° In un periodo poco avanzato del travaglio, a testa mobile, è possibile la versione, possibile la trasformazione della presentazione del fronte in quella del vertice o della faccia, o spontaneamente, o mediante un'acconcia, posizione, o mediante l'uso della mano.

6.° Nel periodo d'impegno, quando cioè il diametro occipito-mentoniero trovasi già impegnato obliquamente nella trafila pelvica non è indifferente il modo di correzione, ma sarà invece molto più conforme alle leggi della meccanica e ai dettami della clinica il tentativo di richiamare la faccia che non quello di richiamare il vertice.

7.° Le considerazioni teoretiche ed i responsi della clinica sono così favorevoli al richiamo della faccia, che, nelle presentazioni del fronte, viste le difficoltà del parto spontaneo, è a tale partito che l'ostetrico dovrebbe sempre ricorrere con speranza di successo, a parte presentata già impegnata, prima di ricorrere alle altre risorse che l'arte gli concede, quando le condizioni speciali della madre e del feto non richiedano una pronta liberazione.

Taglio cesareo completato dall'amputazione utero-ovarica — 25ª nella Statistica Italiana (1) — pel Dott. D. Peruzzi. — Lettura fatta al IX° Congresso della Associazione Medica Italiana in Genova.

Signori!

Era provvidenziale che l'operata del Prof. Porro guarisse! Se fosse morta, niun dubbio che le sorti dell'*amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo* sarebbero state spacciate, e con ciò mancato un incalcolabile benefizio all'umanità, ed una gloria per la chirurgia italiana irremissibilmente perduta. Moralisti, teologi, leggisti, e poco benevoli colleghi, si sarebbero coalizzati per dare addosso al malcapitato innovatore, e buon per lui se fosse potuto sfuggire ad un processo criminale!

Nonostante il buon esito ottenuto l'operazione immaginata dal Porro fu da prima lodata a denti stretti, poi accolta con grande limitazione d'indicazioni, e finalmente addottata con incoraggianti risultati dalla generalità dei chirurghi ostetrici italiani e stranieri. Onore al Porro!

Scopo della presente comunicazione è di narrare un nuovo caso fortunato di amputazione utero-ovarica cesarea, il quale mi darà campo di fare qualche riflessione critica sull'operazione in genere.

---

(1) Un altro caso di amputazione utero-ovarica cesarea, finora non conosciuto ai più, appartiene al Dott. Omboni, chirurgo primario all'Ospitale di Cremona. L'egregio operatore praticò l'atto operativo il primo giugno u. s. *(questo è perciò il 24° in Italia)*. La donna morì di peritonite in quarta giornata — *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria.* Milano 1880. Vol. II, N. 7-8, pag. 512

Innanzi tutto non voglio tacere, che mi sarebbe andata a genio una nuova denominazione dell'atto operativo in parola. Quelle già in uso sono — *Amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo* (Porro), — *Taglio cesareo completato dall'amputazione utero-ovarica*, — *Amputazione cesarea utero-ovarica* (Mangiagalli), — *Operazione cesarea con amputazione dell'utero*, — *Ovaro-isterotomia cesarea* (Chiara), — *Istero-ovariotomia cesarea* (Berruti), — *Ovaro-isterectomia cesarea* (Harris). Tutte più o meno addatte queste denominazioni, ma la preferibile, secondo me, sarebbe quella di *Istero-ooforectomia cesarea*, la quale con più esatta etimologia greca indicherebbe l'asportazione dell'utero e delle ovaje in seguito a taglio cesareo, tenuto conto prima del viscere più importante, e dopo degli annessi. Anzi crederei dovessero le due prime parole restringersi in una sola, per evitare lo sforzo espiratorio, necessario alla pronunzia di quei tre *o*, un dietro all'altro, elidendone uno, e chiamare questa operazione — *Isterooforectomia cesarea.* — E come è avvenuto di altre denominazioni, e di recente dell'ovariotomia normale, la quale in onore di chi l'immaginava ed eseguiva pel primo, fu detta: *Operazione del Battey (Battey's operation)*, perchè non addottarne una seconda in onore del Porro, il quale immaginò ed eseguì pel primo il radicale procedimento dell'amputazione utero-ovarica a complemento del taglio cesareo? Consegniamo dunque il suo chiaro nome alla storia della chirurgia italiana, chiamando l'atto operatorio semplicemente *Operazione del Porro* =

Ora del caso.

Alba Fabbri, da Villa S. Martino (Comune di Lugo) d'anni 37, deriva da sani genitori, ha un fratello maggiore ben conformato, e due sorelle minori, che partorirono felicemente, una cinque e l'altra quattro volte. La nostra Alba presenta tale altezza della persona, tale conformazione di parti, da doverla classificare fra le *nane.*

Malconcia per due anni dalla rachitide, i primi passi furono

stentati, e molto tempo impiegò a reggersi sul corpo, finalmente a tre anni cominciò a camminare liberamente. All'infuori di questa non ebbe a patire altra malattia, e relativamente ha goduta sempre buona salute.

A dodici anni comparve la mestruazione, che sempre continuò regolare, piuttosto abbondante, fino a che si sospese per gravidanza.

Io veniva invitato in tutta fretta alle 4 pom. del 24 giugno u. d. a portarmi a Villa S. Martino (terra che dista da Lugo 4 chilometri circa), per prestare la mia assistenza all'Alba, che mi si diceva in soprapparto di gravidanza a termine. Accorsi infatti, ma quale non fu la mia meraviglia, e nello stesso tempo la mia apprensione nello scorgere un simile mostricino! Il ventre aveva arcuato e retratto; l'utero immobilizzato, il suo fondo oltrepassava di 15 centimetri circa la cicatrice ombellicale. Le acque erano colate dal mattino, e cessati i moti attivi del feto; i dolori incessanti; l'utero contratto tetanicamente sul feto. Praticata l'ascoltazione, mi è dato rilevare il battito doppio al quadrante inferiore di destra, sostenuto e regolare, ed il soffio placentare in corrispondenza del fondo uterino.

Coll'esplorazione rilevai il canal vaginale angusto e contratto, la bocca dell' utero dilatata, e la testa del feto al disopra del distretto superiore, senza poterne precisare la posizione.

Datomi ad ispezionare l'ampiezza del bacino, lo sentii ovunque ristretto, e la C. V. mi risultò di poco più di 5 centimetri.

Io era pertanto in presenza di una donna in soprapparto, con feto vivo, e bacino viziato al 3º grado, con tali diametri perciò, da non permettere certamente il passaggio alla testa di un feto a termine. Mi decisi *ipso facto* per il taglio cesareo completato dall'amputazione utero-ovarica, per le ragioni che dirò in fine.

Edotta la partoriente della sorte che le era riserbata, e consenziente all'atto operatorio, la faceva immediatamente trasportare all'Ospedale di Lugo, ed io intanto la precedeva, onde disporre l'occorrente per l'operazione.

La donna non tardava ad arrivare. Essa soffriva atrocemente per le doglie, che erano incessanti, e senza effetto. Ripetuta l'ascoltazione, si rilevò, che il battito doppio si era affievolito, e presentava in oltre delle intermittenze. Il momento era decisivo, se non si voleva eseguire il taglio cesareo per estrarre un cadavere.

Erano le 10, quando, trovato annuente all' indicazione dell'atto operatorio l' egregio mio collega e amico Dott. Ballotta, mi accinsi all'operazione colla sua assistenza, e con quella dei Dottori Lanzoni, Grandi e Balla, e dei due assistenti ordinari Borsi e Manfrini.

Cloroforminata l'operanda dal Borsi, praticai una incisione dall'ombellico a due dita trasverse dal pube; aperto per eguale estensione il peritoneo, mi si presentò là parete anteriore dell'utero, che incisi per l'estensione di 12-14 cent., allontanandomi il più possibile dal segmento inferiore dell' utero, onde evitare più facilmente una pericolosa emorragia. Prese le debite precauzioni, perchè sangue, o liquido amniotico, non colassero nell' addome, incisi le membrane dell'uovo. Il feto era in 4ª posizione del vertice, ossia in posizione occipito-sacro-iliaca sinistra: andai tosto alla ricerca dei piedi, ed estrassi prontamente il feto. Legato e reciso il tralcio ombellicale, distaccai ed estrassi la placenta, che trovai aderente al fondo dell' utero. Intanto sangue sgorgava in qualche copia dall' incisione della parete dell'utero, e dall'interna sua superficie, ond' io senz' altro afferrai l' utero stesso, facendo presa sul labbro destro della praticata incisione, e lo trassi fuori dall' addome; fattolo poi tenere sospeso da un assistente, lo circondai in corrispondenza del collo sopravaginale con un'ansa di grosso filo di ferro, che strinsi mediante il serranodi del Cintrat. Nell'applicazione del filo metallico non trascurai le necessarie indagini, praticate col mezzo dell' indice della destra mano introdotto in vagina, onde evitare il pericolo di portare offesa alla vescica, o di peduncolizzare la vagina stessa. A mano a mano che stringeva il filo l' emorragia veniva arrestandosi, finchè e utero

e taglio si facevano perfettamente ischemici; ed arrivato al punto di costrizione, da temere che progredendo più oltre avrei potuto portare offesa all'integrità dei tessuti strozzati, mi arrestai, e col termo-cauterio del Paquelin recisi l'utero 2-3 cent. al disopra del cingolo strozzante, ed in corrispondenza dell'angolo inferiore dell'incisione, già grandemente retratta.

Coll'addome aperto feci rimarcare agli assistenti, qualmente le vertebre lombari, in unione al promontorio sacro-vertebrale, erano spinte in avanti a modo, da coprire in gran parte il distretto superiore, costituendo così una *pelvis subtecta.*

Legati col *catgut* alcuni vasi nella spessezza delle pareti addominali, terminai col passare il drenaggio addomino-vaginale.

Assorbito mediante morbide spugne quel po' di sangue, che sfuggendo alle più minute precauzioni era colato nell'addome, ed allontanati alcuni grumi cruorici, addattai il peduncolo uterino, ben pennellato con percloruro di ferro liquido, all'angolo inferiore dell'incisione addominale, e per impedirne il rientramento lo trapassai con due robuste aste metalliche, disposte in X, al disopra dell'ansa del serranodi.

Finalmente con cinque punti di sutura nodosa in filo di seta fenicato riunii l'incisione addominale, ed applicai, sull'addome un apparecchio antisettico del Lister, che assicurai con bendaggio circolare mediante fascie di garza fenicata. Il serranodi poi, involto in cotone fenicato, venne addattato alla faccia anteriore della coscia destra, tenuto in posto con apposita fasciatura.

Uno *spray* a lampada funzionò dal principio al fine dell'operazione, che fu compita in 45 minuti, compresa la sutura. La perdita del sangue non molto rilevante.

Il feto è nonimestre, vivo, bene sviluppato, lungo cent. 47, e del peso di kilogr. 2,840. I diametri del capo sono gli ordinari di un feto a termine. Visse anche in seguito.

Il diario della *Cura consecutiva* è privo di qualsiasi interesse clinico, stante la straordinaria mitezza dei sintomi. Solo nelle prime 24 ore infatti la T. salì a 38,2, le P a 100, le R. a 34. Nei sei giorni successivi la T. 36,5-38,2, le P. 84-100, le R. 20-34. — Dopo perfetta apiressia fino al fine.

Le urine, eccetto che nel primo giorno, sempre emesse spontataneamente, chiare ed abbondanti.

Al terzo giorno le mammelle turgide e dolenti, con cefalea: null' altro nel dì appresso.

Il moncone del peduncolo in totale sfacelo il 28, venne reciso accosto alle aste metalliche. Il 30 cadde il serranodi, ed il peduncolo grigiastro, e con brandelli necrotici, si affondò lasciando un infundibolo a bordi pallidi, e non granulanti. Il diametro dell'ansa costrittrice era di cent. 3.

Il 2 luglio tolsi tutti i punti della sutura essendo l'incisione perfettamente cicatrizzata.

Il drenaggio funzionò sempre. Nei primi giorni diede uscita a fluido sieroso sanguinolento, in seguito a pus di buona natura, ed ordinariamente inodoro; l' 11 venne ritirato, essendosi reso inutile. All'atto dell'affondamento del mortificato peduncolo si vide manifestamente l' utilità, che il drenaggio stesso poteva offrire, prestandosi alle necessarie injezioni e lavature antisettiche, allo scolo di materie putride, o marciose, ed all'uscita di tessuti necrotizzati, i quali trattenuti, potevano essere causa delle più tristi conseguenze.

L'impiagamento infundibuliforme si venne via via detergendo e restringendo, le granulazioni si fecero a vista d'occhio sempre più rigogliose, sicchè all' 11 era ridotto a superficiale piaguzza. In detto giorno l'operata abbandonò il letto, ed il 16 rimpatriava. Il suo peso all'atto della partenza risultò di kilogr. 38,300.

Dopo pochi giorni ritornava per farsi da me esaminare, ed io mi compiaceva nel constatare la perfetta guarigione della piaga, con soda cicatrice, e senz'alcun indizio di ernia. Praticata l'esplo-

razione vaginale, rilevai che il collo sotto-vaginale dell' utero è piccolo, sodo e discretamente mobile. La salute generale nulla lascia a desiderare.

Ora dell' *esame fisico dell'operata* =

Misurata in posizione eretta è alta Mm. 1,20. A primo acchito si rileva la grande sproporzione fra gli arti, il tronco ed il capo: questo voluminoso, mediocre il tronco, brevissimi gli arti, tanto superiori, che inferiori. La faccia è oblonga, con fronte a curva prominente, capelli rossastri, ed estremamente lunghi, le mandibole sprovviste di denti, i quali a 20 anni cominciarono a vacillare, e caddero uno ad uno; la pelle è bianca, lentigginata, e sprovvista di panicolo adiposo; la muscolatura bene sviluppata.

La colonna vertebrale occupa la linea mediana, e non devia lateralmente in alcun punto; è leggermente cifotica nella regione dorsale, e scoliotica nella lombare, dove presenta una manifesta insellatura, costituita dalle ultime vertebre lombari, e dall'articolazione sacro-vertebrale.

La distanza dall'estremità delle dita al suolo è di cent. 45, dal margine inferiore del pube al suolo cent. 49; dall'apofisi spinosa dell'ultima vertebra lombare al suolo cent. 65. — Le punte delle ultime coste spurie simmetricamente dall'un lato e dall'altro toccano quasi le creste iliache. Il sacro è basso e stretto, e quasi rudimentario il cocige. La parete anteriore del bacino, e la sinfisi pubica piuttosto regolari. Le creste iliache sono poco espanse, ma allo stesso livello; il ventre arcuato, dal pube all'ombelico misura cent. 11, dall'ombellico all'apofisi xifoide cent. 15; la circonferenza addomiaale di 85 centimetri.

Le articolazioni degl' arti sono alquanto ingrossate; espansi e grossi i trocanteri, e dall'uno all' altro misurano cent. 29. Gli arti inferiori sono grossi, muscolosi e di figura conica, con ginocchia divergenti, ed invece convergenti i malleoli. I femori assai incurvati all'esterno, misurano dal trocantere al bordo inferiore della rotula cent. 29; le tibie incurvate all' innanzi:

dal bordo inferiore della rotula al malleolo interno centimetri 23. Mani e piedi piccoli. La deambulazione dondolante a mo' dei palmipedi.

Risultato della *pelvimetria esterna* praticata col compasso a spessezza di Baudelocque =

Diametro sacro-pubico	Cent.	15 —
» obbliquo destro	»	23 —
» » sinistro	»	22 —
» pube-cocigeo	»	12 —
» bi-ischiatico	»	10 —
Da una spina iliaca autero-superiore all'altra	»	20 —
Dal mezzo di una cresta iliaca all'altra	»	19 —
Dalle spine antero-superiori alla prima apofisi sacrale	»	12 —
Altezza della sinfisi pubica	»	5 —

Risultato della *pelvimetria interna* praticata col pelvimetro di Van-Huevel =

Diametro sacro-pubico	Cent.	5,5
» obbliquo destro	»	10,8
» » sinistro	»	9,8
» trasverso	»	11,0

Dall'esame esterno ed interno quindi risulta che il bacino è ristretto in tutti i suoi diametri, ma che il diametro sacro-pubico in proporzione è il più ristretto degli altri; che è viziato in 3° grado; e che per la sua conformazione si accosta al reniforme, stante lo spostamento del sacro all'innanzi.

L'utero, già grandemente contratto durante l'operazione, e poi sempre più ridotto nel suo volume dall'azione dell'alcool, dov'è

conservato, offre ora la lunghezza nella parete anteriore di centimetri 15, nella posteriore di cent. 13, la lunghezza della sua cavità cent. 9, quella dell'incisione cent. 7. Esaminato esternamente, si osserva il peritoneo liscio, ma raggrinzato, lateralmente le due ovaje, le tube faloppiane, ed i legamenti rotondi troncati. La circolare superficie di recisione, coperta da escara, cadde proprio in corrispondenza del collo sopravaginale del viscere stesso. Gr. 740 il di lui peso.

Epicrisi. — Chiamato ad assistere la nostra Alba in soprapparto di gravidanza a termine, accertatomi che il feto era vivo, e riconosciuto il bacino viziato al 3° grado, avendo la C. V. poco più di cent. 5, poteva io pensare ad altro mezzo, che mi permettesse di estrarre il feto, all'infuori della gastro-isterotomia? No certo. L'unica operazione infatti che avrebbe potuto essere discutibile, sarebbe stata la sinfisiotomia coadiuvata dal forcipe, tanto in onore presso la Scuola Napoletana; ma oltre che questa operazione è a preferenza raccomandata in quei casi, nei quali il diametro più accorciato è il trasverso, siccome quello che più si avvantaggia dal successivo divaricamento degl' ilei, anche in caso dì ristrettezza del diametro antero-posteriore, lo si proscrive di cent. 7 almeno. Non parlo della pelviotomia, e della pubiotomia, perchè operazioni, che poco più di spazio possono far acquistare, che non la sinfisiotomia semplice, e perchè stante i gravi inconvenienti, che possono causare, furono già abbandonate dalla generalità degli ostetrici. Altrettanto posso dire della laparo-elitrotomia. Dopo tutto anche la Scuola Napoletana con una C. V. minore di cent. 7 ammette il taglio cesareo.

Ma stante le maggiori probabilità di successo coll' operazione del Porro in confronto della gastro-isterotomia cesarea classica, si deve sempre, ed in ogni caso di gravi ristrettezze pelviche completare quest'ultima coll' amputazione utero ovarica? Crederei di no.

Già non appena chiuso il Congresso Medico di Torino, durante il quale presi parte alla memorabile discussione sulla proposta Porro, ripensando alle indicazioni assolute dell'amputazione utero-ovarica nel taglio cesareo, mi sorse il dubbio, se non fosse stato razionale e scientifico, per non dir morale, di limitare l'indicata mutilazione a quei casi soltanto, in cui la C. V. fosse di tanto accorciata (al dissotto di mm. 67), o che la viziatura del bacino fosse tale e tanta, da non poter permettere in una successiva gravidanza il passaggio alla testa di un feto di sette mesi compiuti, e quindi *vitabile*, mediante la provocazione del parto prematuro. Partecipai per iscritto il mio sentimento allo stesso Professore Porro, ed egli non parve disprezzare la mia proposta. È scorso quasi un lustro, ed io mi raffermo sempre più in tale principio, consentaneo anche alla chirurgia conservativa.

Ma l'incubo dell'infezione dalla beante ferita dell'utero!!! A questo riguardo è inutile il dissimularlo, il valore dei compensi terapeutici è interamente cambiato da parecchi anni. La ferita può essere cucita con successo mediante filo elastico a nodi perduti, come praticò il Grandesso-Silvestri (1); con filo di canape, come fece il Belluzzi (2); ora di più abbiamo il *catgut*, che per questa bisogna mi sembra molto più addatto degli altri fili. Con una sutura nodosa a tutta spessezza dei labbri della ferita, e con altra superficiale a pellicciajo, che riunisse il solo peritoneo, ritengo quasi impossibile, che sangue, essudati infiammatori, o secrezioni lochiali possono farsi strada nella cavità ventrale. Possediamo il *drenaggio addomino-vaginale*, questa valvola di sicurezza contro la septicemia, che deriva dall'assorbimento di materiali putridi raccolti nella cavità del bacino: esso contribuì potentemente

---

(1) *Gastro-isterotomia con cucitura elastica dell'utero, salva la madre e la prole*, per Olinto Grandesso-Silvestri. Padova 1874. (Dalla *Gazzetta Medica Italiana — Prov. Venete* — Anno XVII, N. 6).

(2) *Operazione cesarea seguita da sutura uterina, con esito felice per la madre e per il figlio*, pel Dott. Cesare Belluzzi. Bologna 1879. (*Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna*, Serie III, T. X).

alla gnarigione della prima operata del Porro, come egli stesso asserì (1); l'operata del Belluzzi, a senso mio, guarì perchè tutti i fili delle suture riuniti all'angolo inferiore della ferita funzionarono da drenaggio addominale; è al drenaggio praticato mediante un grosso tubo elastico applicato all'angolo inferiore della ferita, che si deve ripetere in buona parte la guarigione dell'operata dal Prof. Novi, come egli stesso ritenne (2); e finalmente è al drenaggio addomino-vaginale che io attribuisco buona dose di merito nella guarigione del soggetto della presente osservazione. Abbiamo infine la *medicatura antisettica del Lister*, la cui massima importanza nessuno può in oggi contestare, dacchè la chirurgia tutta quanta va compiendo mercè sua una vera rivoluzione. Le statistiche del tempo passato non forniscono più un responso attendibile sui risultati di un atto operatorio qualunque, perchè nessuno può dire quante vittime sottrarre si ponno giovandosi del metodo antisettico. Una nuova statistica è necessaria per ogni singola operazione di qualche importanza. Ditemi, di grazia, Signori, vi accingereste Voi colla fiducia che in oggi vi anima all'ovariotomia, se vi mancassero i preziosi soccorsi del metodo antisettico? Avreste Voi eguale timore d'insuccesso, come aveasi in addietro, se oggi vi accingeste al taglio cesareo classico? Sono certo che no. Muniti del prodigioso presidio dell'antisepsi, uso Lister, coadjuvata in progresso di cura da un trattamento antisettico endo-uterino, e delle altre preziose risorse della sutura col *catgut*, e dei drenaggi, come vi diceva poc'anzi, non allarghereste il cuore ad una speranza ben giustificata? E perchè ciò? Perchè la lugubre statistica del passato non è più criterio di prognosi negli esiti di tale operazione. È dunque necessario rifar la strada, e mettere a raffronto il *quantum* d'insuccessi della

---

(1) *Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo*, del Dott. Edoardo Porro. Milano 1876. *(Annali Univers. di Med.*, Vol. CCXXXVII).

(2) *Il parto cesareo in Napoli, ed un caso di guarigione*, pel Prof. Raffaele Novi. Napoli 1876. *(Atti dell'Accademia Medico-Chirurgica).*

pratica odierna coll'altro sconfortante dei tempi andati. Or chi vi dice, che il taglio cesareo classico soccorso dai progressi dell'arte moderna, non possa fornire dati percentuali talmente vantaggiosi da gareggiare con quelli, che negare non si possono all' operazione del Porro? Conchiudiamo, o Signori, che l'ultima parola la dirà la pratica avvenire; che per ora occupandosi semplicemente ad illustrare la casuistica pura, fa duopo guardarsi da tutto che può sembrare esagerazione e fanatismo, ed attendere con pazienza la parola eloquente delle cifre. Quando saremo in possesso di un tal numero di fatti, che ci permetta per la via dell' induzione di stabilire una qualche legge, allora, allora soltanto, potremo conoscere le probabilità di successo, sia dell'operazione cesarea semplice, sia di quella che tanto onora il nostro Porro, e nel confronto ci sarà dato di fissare scientificamente le indicazioni, che secondo i casi debbono guidare il pratico all' uno piuttosto che all'altro di questi sovrani ardimenti dell'arte di Lucina.

UN'ALTRA TRASFUSIONE DI SANGUE

DAL PERITONEO IN PUERPERA

nota preventiva

DEL

Dott. PAOLO NEGRI

2° Assistente nella R. Scuola Pareggiata di Ostetricia in Milano
diretta dal Prof. Cav. Domenico Chiara

La trasfusione di sangue dal peritoneo proposta dal Ponfik e da lui per il primo praticata con esito felice nell'uomo, sanzionata anche in Italia in via sperimentale col mezzo del cromo-citometro dai professori Bizzozero e Golgi (1) trovò nei medici d'Italia applicazione pronta ed estesa. Limitandomi ai soli casi di trasfusione praticati (in Italia) nel corrente anno 1880, trovo che a tutto il 7 luglio ne sarebbero stati resi di pubblica ragione undici; per ordine cronologico sarebbero così disposti:

1° 28 gennaio — Golgi e Raggi — Pavia.
2° Febbraio — Concato — Torino.
3° 19 febbraio — Golgi e Raggi — Pavia.
4° 8 maggio — Levis-Turati — Milano.
5° 18 » — Mangiagalli — Milano.
6° 30 » — Golgi e Dagna — Pavia.

---

(1) *L'Osservatore — Gazzetta delle Cliniche* — Torino, 4 novembre 1879.

7° 2 giugno — Scottini — Pavia.
8° 11 » — Silva-Lanza — Torino.
9° 13 » — Golgi e Raggi — Pavia.
10° 26 » — Silva-Lanza — Torino.
11° 7 luglio — Levis-Turati — Milano (1).

In questi 11 casi le indicazioni furono date o da uno stato generale gravissimo dovuto a croniche forme morbose, oppure all'anemia acuta susseguente a gravissime perdite di sangue. Fra tutti questi casi in due soli fu eseguita in puerpere: la prima volta (osservazione 5ª) dal dott. Mangiagalli per gravissima emorragia da placenta previa (2), una seconda (osservazione 6ª) dal prof. Golgi e dal dott. Dagna in Pavia (3) in giovine donna non escita dal periodo puerperale, e nella quale la causa prima dell'oligocitemia era stata una forte metrorragia susseguita al parto, oligocitemia resa ancor più grave dai continuati lochi sanguigni e sembra anche dall'infezione palustre.

Nel campo puerperale, questa, che brevemente esporrò, sarebbe adunque la terza trasfusione dal peritoneo.

N. 220 del 1880. — Gravida per la quarta volta è accolta nell'Ospizio Provinciale delle partorienti il 18 settembre u. s. Da quattro mesi circa avvertì disturbi da parte del tubo gastro-enterico, consistenti in insistente diarrea che tutto al più la lasciava libera per qualche settimana; accerta di esser stata sempre denutrita e pallida, ma dichiarò altresì che nutrizione e colorito scaddero considerevolmente in questi ultimi mesi. Nella

---

(1) Le due osservazioni 9ª e 10ª sono ripetizioni di trasfusione nello stesso individuo. Per i dettagli dei singoli casi si consultino le raccolte per l'anno 1880, dei giornali: *L'Osservatore, Gazzetta delle Cliniche* di Torino, *L'Indipendente* di Torino e la *Gazzetta degli Ospitali* di Milano.

(2) *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria,* 1880, giugno.

(3) *Osservatore, Gazzetta delle Cliniche,* 1880, N. 28.

Clinica furono tentati tutti i mezzi generali e locali per frenare la diarrea, ma a nulla riuscirono: solo l'oppio usato continuatamente la scemava e quasi la vinceva. L'8 ottobre il grado citometrico del sangue della ricoverata è 302, e l'esame microscopico non riscontra aumento nel numero dei leucociti, non alterazioni nella forma e colorito delle emazie, solo estesi e numerosi spazi sierosi. L'esame microscopico delle feci ripetutamente praticato, esclude pure la presenza dell'anchilostoma duodenale, e quello somatico depone contro grossolane alterazioni dei visceri toracici ed addominali.

Della gravissima oligoemia si doveano quindi ricercare le cause nella cattivissima alimentazione abituale alla donna, nella diarrea che la tormentava da tempo ed infine nello stato di maternità.

Il 10 ottobre alle 11 ant. si sgrava spontaneamente di un feto vivo, del peso di gr. 2500 coi caratteri proprii del feto al principio del 9° mese. Il secondamento non fu accompagnato da perdita sanguigna che neppure si avvicinasse per quantità all'alta media offerta da taluni autori.

Durante il puerperio che nulla offrì di anormale da parte degli organi genitali, continua ed insistente fu la diarrea. L'urina esaminata più volte e prima e dopo il parto fu sempre priva di albumina. Gli astringenti, i ricostituenti furono nuovamente tentati: contro la grave anemia furono eziandio esperite le inalazioni di ossigene, ma la paziente non le tollerò. In 10ª giornata di puerperio il grado citometrico montava a 320, in 15ª toccava il grado 342. Da quest'epoca fino alla 22ª giornata l'oppio continuatamente usato era riuscito a domare la diarrea e la donna lasciava la speranza fallace di un lento e progressivo miglioramento. Nella notte della 21ª alla 22ª giornata di puerperio diarrea profusissima riduce la donna ad uno stato tale da lasciar credere ad una prossima fine: i diffusivi eccitanti usati internamente ed ipodermicamente, le senapizzazioni generali la fanno alquanto rialzare dal suo gravissimo stato e si stabilisce che

appena scomparso il pericolo imminente si sarebbe tentata la trasfusione peritoneale; ed infatti riavutasi si sarebbe praticata in 23ª giornata, ma per circostanze affatto indipendenti dal personale dell'Ospizio non potè essere eseguita che due giorni più tardi; è forse questa la causa principale dell' insuccesso, l'essere cioè arrivati troppo tardi.

L'atto operativo fu adunque praticato dallo scrivente il 5 novembre alle ore 2 pom. Il sangue injettato fu preso da un agnello ed attentamente defibrinato. Eseguii l'atto operativo nell' istesso modo che avea veduto praticare dal dott. A. A. Turati nell'Ospedale Maggiore e dal dott. Mangiagalli nella pratica privata; l'apparecchio fu quello semplicissimo proposto ed usato dai professori Golgi e Raggi. Nel caso attuale le pareti addominali erano sottili, attesa la profondissima emaciazione della donna, ed inoltre retratte sugli intestini affatto accasciati; fatta la piccola incisione cutanea trasversa due dita circa sotto il bellico, e fatta tendere alquanto la parete addominale mediante uncinetto piantato in corrispondenza del margine cutaneo inferiore della ferita, riuscì facilissima la introduzione dell'ago tubulato dirigendolo obliquamente dall' alto al basso e dall' avanti all' indietro: in meno di due minuti ben 300 gr. di sangue passarono nel peritoneo e gli astanti poterono accorgersene *de visu* per il fatto di un certo sollevamento della parete addominale nei due quadranti inferiori. Si approfittò del sangue proveniente dalla piccola ferita cutanea per l' esame citometrico e si trovò che segnava 500 (emoglobina 22). Notisi che lo stato della donna era ormai sì grave che avvertì appena dolore e fiocamente si lamentò. Lo stato di prostrazione andò mano mano aggravandosi ed otto ore dopo era estinta avendo accusato solo lievissimo bruciore al sito della ferita, ma senza aver mai avuto nè vomito nè diarrea.

L'esame necroscopico eseguito al mattino del 7 novembre ci mostrava alla parete addominale, sulla linea alba, 2 centimetri circa al disotto del punto ove esisteva la ferita cutanea, una

piccolissima ferita sul peritoneo a forma di lettera *c*, della grandezza di 3 millimetri — nessuna lesione ai visceri addominali — nel cavo peritoneale ovunque sangue liquido, raccolto però in copia maggiore nello spazio vescico-uterino ed utero-rettale; in nessun punto si riscontrarono coaguli; raccolto diligentemente pesava gr. 290.

Tale è la narrazione di questo caso che sebbene infausto può essere importante. Riservo ad altra non lontana occasione il discorrere della forma di anemia che trasse al sepolcro la nostra ricoverata, forma che può inscriversi nella grande famiglia delle anemie perniciose progressive, e che non si mostra nelle gravide e puerpere tanto raramente se si ponga mente al fatto che questo è il terzo caso in meno di un biennio che potei osservare nell'Ospizio delle partorienti. Per ora mi basterà poter dire che il fatto suesposto dimostra una volta di più la innocuità dell'atto operativo e che la invocata lesione delle anse intestinali è cosa più teorica che pratica; il fatto poi di aver riscontrata buona parte del sangue raccolta nella pelvi e massime nello scavo utero rettale ci deve consigliare a disporre la operata in modo che la pelvi occupi un piano più elevato di fronte a quello dell'addome, onde il sangue injettato possa trovarsi a contatto di una più estesa superfice peritoneale e possa più facilmente e più prontamente essere assorbito. Finalmente che esperimentando in condizioni più favorevoli si tenti di sostituire al sangue umano (che non sempre è cosa agevole l'avere) sangue di agnello o di altro animale.

Milano, 13 *novembre* 1880.

RASSEGNA

Ostetricia minore. — Lezioni di *Carlo Minati* professore ordinario di ostetricia nella R. Università di Pisa, pag. 400 con 102 incisioni.

Si ha dapprima a vedere il significato del titolo dato al libro per venire a conoscere il posto che ad esso spetta nella letteratura ostetrica. Nel dare alle stampe le presenti lezioni l'egregio autore si prefisse lo scopo di riunire in un volume tutto ciò che è esposizione dei fatti con le più naturali ed ovvie spiegazioni; perchè la ostetricia minore è la parte più positiva ed elementare della specialità ostetrica.

Da questa dichiarazione o definizione, che si voglia dire, la quale si legge nella prefazione, si verrebbe ad inferire, che in un trattato di ostetricia minore lo studente in medicina dovrebbe trovare opportunamente riassunta la materia per giovarsene quando la deve in breve ora rivedere per sostenere la prova dell' esame; il pratico lo potrebbe sempre con vantaggio consultare nei casi urgenti quando gli viene meno il tempo per rovistare le opere più complete, ma maggiori di mole; mentre per contro le allievi levatrici, e le levatrici operanti oltre le cognizioni di cui sono tenute a fare tesoro, vi troverebbero svolte materie di cui possono benissimo farne senza non essendo di loro spettanza lo applicarle alla pratica.

Ove si ponga mente alla sostanza del libro che abbiamo sotto la mano, cioè alle materie trattate, ed alla forma si è portati a credere che sia stato scritto soltanto per le aspiranti levatrici e per le levatrici già date al pratico esercizio. È diviso in tre parti. La prima è per la fisiologia ostetrica, la seconda per la patologia, la terza per le operazioni, ed in questa sono soltante descritte le operazioni manuali, se si faccia eccezione del taglio cesareo per morte della donna.

La trattazione va in un modo intieramente elementare e molto conciso; e in certi punti si dovrebbe dire sia troppo se si volesse mettere il libro nelle mani dei medici; per questi è sopratutto la parte patologica che apparisce insufficiente come ad es. nella metrorragia da placenta previa e nella cura della eclampsia.

Questa considerazione posta a paro con la già avvertita grande lacuna che riguarda le operazioni istrumentali, ci porta a concludere che sotto il titolo di ostetricia minore non si deve intendere la ostetricia elementare, ma bensì qualche compendio di dottrina scientifica e pratica occorrente per lo studio e per il pratico esercizio alle levatrici. In questo modo lo comprese il Prof. Lovati, anzi oggidì si potrebbe intendere in un senso più largo raccogliendo nello stesso trattato oltre la parte ostetrica, che deve sempre essere la principale, tutte quelle cognizioni desunte dalla fisica, dalla chimica, dalla anatomia e dalla fisiologia che è conveniente siano possedute dalle allieve levatrici per potere intraprendere con frutto lo studio dell'ostetricia, ed aggiungendo ancora in ultimo la parte regolamentare che si riferisce alle scuole per le aspiranti levatrici ed allo esercizio pratico.

Facendo ritorno al libro del Minati troviamo riguardo alla forma nuovi argomenti in appoggio del nostro modo di vedere. L'ordine è lodevole, si va gradatamente dal facile al difficile. Lo stile è piano, scorrevole, appropriato, studiatamente facile. L'autore pare che si sia preso cura di scansare quei termini tecnici, che per chi non è bene in possesso del linguaggio medico riescono di colore oscuro. Così non parla di disturbi vaso-motorii ma di *mala distribuzione della circolazione*, non di enfisema, ma di *rigonfiamento* e via dicendo. Nè con ciò intendiamo fare accenno a rimprovero all'autore, anzi ci pare che debba essere lodato per avere saputo dare un libro adatto alla intelligenza ed alla coltura delle donne, per cui venne scritto, dalla cui lettura certo trarranno non poco profitto, fatto ancora più grande per le numerose incisioni; bella per semplicità e per chiarezza è quella schematica fatta per dimostrare la circolazione feto-placentare.

Per chi volesse essere critico severo troverebbe forse qua e là qualche menda: fra i diametri fetali non si vede cenno del diametro mento-frontale e del mento-bregmatico. Non consentaneo alle credenze del giorno è il modo con cui viene intesa la inserzione della placenta quando è previa, ed il soccorso a prestarsi nel prolasso del funicolo ombelicale. Ma questi sono nei che nulla tolgono alla giusta riputazione che il Minati seppe acquistare e come insegnante e come scien-

ziato; li abbiamo voluto accennare affinchè la critica nostra non riuscisse infeconda nella circostanza di una seconda edizione, che noi auguriamo fra un tempo breve all'egregio autore.

* *

Fournier. — Chantage au viol. (Ricatto per via di simulazione di stupro). — *Annales de Gynécologie.* Novembre 1880.

Il dottor Alfredo Fournier ha comunicato all'accademia di medicina di Parigi un interessantissimo ed applauditissimo lavoro sopra questa importante questione di medicina legale.

Due ragioni determinarono il dott. Fournier a portare questo fatto alla pubblica conoscenza. La prima è che naturalmente il medico si trova chiamato a sostenere una parte importante, anzi capitale in questa sorta d'affari. È il medico infatti che viene dalla giustizia consultato in simili casi, per giudicare della natura delle violenze commesse sulla vittima; è a lui che la giustizia pone la questione se le lesioni constatate sulla fanciulla debbano o no esser imputate ad un attentato criminoso e di quale varietà di attentato si tratti.

La seconda ragione è che v'ha un interesse pubblico, generale nel rivelare le odiose macchinazioni di certi simulatori d'un ordine speciale, che sono poco conosciute, forse anco ignorate (come io potei convincermene) da un certo numero di medici e che possano dare origine a errori giudiziari i più odiosi.

Infatti figuratevi la terribile situazione di un onest'uomo sul quale cade ad un tratto l'accusa immeritata di un attentato infame.

Figuratevi quest'uomo fino allora giustamente stimato, considerato, che da un momento all'altro per il fatto di un'accusa menzognera discende all'ultimo scalino del disonore e della morale degradazione.

Quale colpo per lui! e se egli ha una famiglia, una moglie, dei figli qual colpo per lui e per i suoi sopra i quali questo fango va a ripercuotersi.

Ebbene tali fatti esistono. Se ne sono citati, il dottor Fournier ne ha visti.

Più volte egli ha assistito a scene di tal genere; ed è per aver constatato con i suoi occhi da una parte le abitudini perfide dei simulatori, ed all'altra la straziante disperazione delle loro vittime,

ch'egli si promise il giorno in cui qualche autorità potrebbe unirsi alla sua parola, di denunciare tali mostruosità alla comune indignazione.

Ecco un compendio d'uno dei casi principali osservati dal dottor Fournier.

Una giovane fanciulla, di circa otto anni, è ammessa in una sala del mio compartimento. Ci disse che in questi ultimi giorni ella fu vittima d'un attentato criminoso.

Il colpevole, si aggiunge, sarebbe un uomo d'una certa età, ricco, e fino allora d'irriprovevoli antecedenti; egli è già rinchiuso a Mazas ad onta delle sue formali denegazioni.

Io esamino la fanciulla e constato sovr'essa lesioni di massima intensità. La vulva presenta tutti i sintomi d'una infiammazione violenta ed acuta. Essa è letteralmente bagnata di pus, e d'un pus verde cremoso d'aspetto blenorragico. Enormemente tumefatte e paragonabili per forma a fette d'arancio, le grandi labbra mascheravano completamente l'orificio vulvare.

Dopo essere state lavate ed asciugate, esse presentano una colorazione d'un rosso vivo, e sono disseminate di piccoli punti erosivi purpurei. Le piccole labbra sono ugualmente rosse, voluminose ed edematizzate ma in un grado minore. La gonfiezza e lo stato doloroso delle parti non ci permette da principio d'esaminare l'imene; qualche giorno dopo solamente, noi constatiamo l'integrità di questa membrana. In fine in ciascun inguine esistono due o tre gangli leggermente dolenti alla palpazione e del volume di una piccola nocciuola. Del resto, integrità dello stato generale, apiressia, stato normale delle grandi funzioni.

Onde por fine immediatamente alla parte clinica di questa osservazione, io dirò in una parola che tale vulvite acuta cedette rapidissimamente all'azione d'una cura semplicissima (riposo, bagni quotidiani, lozioni emollienti, bendaggio isolante con ovatta ed ossido di zinco, ecc.). Nello spazio di dodici a quindici giorni, la piccola malata si trovò completamente ristabilita.

Ma restava a determinare il problema *eziologico*, vale a dire la ragione, il perchè di tali accidenti; ciò che costituiva dal punto di vista giuridico, la questione capitale, e ciò che ci interessa in tal caso specialmente.

Ora a tale riguardo, io debbo dichiarare fino da principio, che dal mio primo esame fui vivamente impressionato dalla intensità insolita

e sorprendente dei fenomeni infiammatori che presentava la vulva della fanciulla.

Certo, prima d'ora io aveva osservato e scrupolosamente studiato molti casi di stupri o d'attentati venerei sopra giovani fanciulle, casi che, si sa anche troppo, sono lontani d'essere rari negli ospitali speciali: e giammai io non aveva osservato un caso simile a quello che mi si stava sotto agli occhi. Io non m'ero giammai incontrato in simili circostanze, con un tale stato della vulva, con una tale intensità di fenomeni infiammatori. Notate d'altra parte che non era questione che d'un unico attentato, non ripetuto, e (al dire della fanciulla) della durata di qualche istante. In una parola nel rispetto clinico, io era colpito della sproporzione fra l'effetto e la causa e non sapevo spiegarmi il punto che precisamente domandava una spiegazione, quella cioè della singolare esagerazione degli accidenti infiammatori.

Accolto questo sospetto io interrogai la fanciulla, cercai di farla parlare per ottenere da essa, se era possibile qualche nuovo indizio. E ben tosto tale interrogatorio più volte ripetuto portò alla riflessione importante che la fanciulla nel racconto ch'essa faceva dell'attentato commesso sovr'essa sembrava piuttosto recitare una lezione imparata a memoria, che raccontare un fatto, come essa avrebbe potuto, di sua propria invenzione dipendente dalle sole inspirazioni della sua piccola intelligenza. In fatti tale racconto essa lo riproduceva ogni volta con gli stessi termini, invariabilmente, con lo stesso giro di frasi, le medesime inflessioni di voce, i medesimi errori di lingua, ecc., ecc.; in una parola, nello stesso modo dei fanciulli che ripetono un complimento o una favola.

Tali nuove considerazioni rimarcabilissime venendosi ad aggiungere a ciò che presentavano d'insolito i sintomi clinici, non fecero che accrescere le mie supposizioni ed io mi domandava se non fossimo gabbati da una simulazione, da una menzogna qualunque, relativamente all'asserita origine degli accidenti. La cosa era grave, poichè l'onore d'un uomo, fors'anche d'una famiglia, si trovava in pericolo. Ma come penetrare il mistero? Come separare il vero dal falso, e sostenere la parte dell'uno e dell'altro in questo tenebroso affare? Frattanto mi riprometteva, che al postutto con un po' di avvedutezza, di pazienza e di ostinazione io sarei pervenuto forse presto, ad avere ragione d'un piccolo cervello di otto anni. Si trattava di far parlare la fanciulla ed ottenere da essa la verità. Io procedei con regolare assedio e per mezzo dell'astuzia, perdonatemi la parola.

Io attaccai la piazza con molte tenerezze, compiacenze, complimenti, ecc. Qualche ghiottoneria, qualche moneta, riuscirono a guadagnarmi la confidenza e l'amicizia della piccola ammalata. Io abbrevierò!

Una bambola ad occhi mobili decise del mio trionfo. Vinta da questa irresistibile magnificenza, la fanciulla finì con molta pena e dopo molto tempo per raccontare ch'ella non era stata toccata da un *signore*, ma che sua madre, a tre riprese, le aveva strofinato i genitali con una spazzola da scarpe, imponendole di non parlarne ad alcuno e minacciandola di ricominciare se ella avesse parlato.

Ciò che ne seguì fu semplicissimo. Padrone della verità chiamai all'ospedale la madre della fanciulla, le feci parte della nostra scoperta, aggiungendo che se non ritirava la sua accusa nel più breve spazio di tempo, io avrei avuto il dovere formale di andare a raccontare al giudice istruttore la storia della spazzola.

Questa donna impallidì ascoltandomi, non proferì una sola parola di risposta, e ci lasciò sull'istante.

Qualche giorno dopo io veniva a cognizione che l'inquisizione era sospesa (probabilmente con ordinanza di non farsi luogo) e che l'affare almeno nel rispetto medico, non avrebbe avuto seguito.

Dunque le nostre supposizioni furono assolutamente giustificate. Non avevamo a che fare con uno stupro ma bensì con una *simulazione di stupro*. Le lesioni che avevamo constatato sulla fanciulla, e che ci parvero così strane, così clinicamente insolite, non erano il resultato d'un attentato venereo, bensì d'un'irritazione artificiale sviluppatasi per manovre di tutt'altra natura.

E, certissimamente (benchè noi non avessimo ottenuto confessioni a questo riguardo) la simulazione di stupro tendeva, nel caso concreto, a una truffa o ricatto (chantage) (secondo l'espressione tecnica), riguardo a colui che si accusava come autore dell'atto criminoso.

Tale è la prima osservazione che ha servito di base al lavoro del dottore Fournier. Quelle che seguono sono non meno dimostrative e permisero all'autore di porre le conclusioni seguenti:

1.° Esistono fatti in certo numero, ai quali si può dare il nome collettivo di simulazione d'attentato criminoso su giovani fanciulle. Questi fatti consistono sommariamente in questo: produzione artificiale, sopra una fanciulla, di lesioni vulvari destinate a simulare le lesioni d'un attentato ed imputazione di questo attentato ad un autore immaginario nell'interesse del simulatore.

2.° Clinicamente, non è impossibile che quelle lesioni artificiali si tradiscano per qualche particolarità, qualche accidente locale, ma ciò non è che una eventualità, e in principio, come in pratica, non conosciamo alcun segno clinico proprio a differenziare certamente una infiammazione vulvare determinata da simulazioni da una infiammazione risultato d'un attentato criminoso.

3.° Nei casi di tal genere la scoperta della simulazione dipende non tanto dai fenomeni clinici che dagli altri segni estranei dell'arte medica, come atteggiamento, risposte, esitazione, contradizione della fanciulla, antecedenti del simulatore, circostanze diverse della cosa, ecc.

4.° Che se il medico, anche nell'esercizio della sua professione, perviene a scoprire l'astuzia e la frode e mettere in evidenza la verità, ha più che il diritto, egli ha il dovere di sventare un'accusa criminale e di proteggere l'onore, la libertà, gli interessi d'un innocente.

5.° Importa alla sicurezza di tutti, ed alla dignità dell'arte, che in simili affari il medico non rilasci certificati constatanti le lesioni osservate che dietro l'invito d'un'autorità competente ed avente competenza di richiederlo. E non è d'importanza minore che nel richiesto certificato, il medico si limiti a descrivere lesioni osservate, senza avventurarsi in una interpretazione eziologica di queste lesioni, interpretazione di cui gli elementi quasi ogni giorno gli sono rifiutati dalla clinica.

6.° Motivi morali di natura diversa servono nel caso speciale d'inspirazione al simulatore. Uno dei più comuni è una speculazione pecuniaria alla quale si può conservare la denominazione triviale ma espressiva di *chantage au viol.*

7.° Infiammazioni vulvari d'origine diversa, anche le più abitualmente spontanee, hanno molte volte servito di base ad imputazioni d'attentati, e non è senza esempio che queste imputazioni illegittime abbiano potuto sembrare giustificate sia per le risposte inconscienti delle pretese vittime, sia anche per le imputazioni menzognere di fanciulle prematuramente pervertite.

L'interessante comunicazione del dottor Fournier fu accolta dagli applausi unanimi dell'Accademia.

E. B.

La baselisi; nuovo processo di sfenotrissia (1).

E' pare che gli ostetrici d'Inghilterra, quelli almeno che vanno per la maggiore, accennino a spogliarsi di quella noncuranza, talvolta dall'apparenza un po' sprezzante, che mostravano in passato per la ostetricia del nostro continente; ne sarebbero indizio il breve capitolo che Playfair nella 3ª edizione del suo trattato consacra alla ovaro-isterectomia cesarea, la comunicazione del Prof. Kinkead alla Società ostetrsca di Dublino, e qnella del Prof. A. R. Simpson alla Società ostetrica di Edimburgo. — La lettura del Kinkead fatta nella seduta del 6 marzo a. c. (Dublino) ha titolo: « Craniotomy and the alterna- « tives, cæsarean section, laparo-elitrotomey, and Porro's operation. » — « (La craniotomia e le operazioni succedanee, taglio cesareo, la- « paro-elitrotomia, operazione del Porro. » — È nostro proposito fare uno studio critico della lettura del Kinkead tosto che saremo in possesso di tutti que' dati ed elementi che sembranci necessari per discorrere dell'importante argomento; pertanto ci limitiamo quest'oggi a dare un breve sunto della comunicazione del Prof. A. Russel Simpson fatta nella seduta del 28 gennaio 1880 alla Società ostetrica di Edimburgo, e che ha titolo: « Basilysis; a suggestion for comminuting the « fœtal head in cases of obstructed labour. » — « (La baselisi; pro- « posta di un nuovo processo di sminuzzamento del capo fetale ne' « casi di ostacolo meccanico al parto. »

Prima di formulare la sua proposta il Simpson fa un rapido esame storico-critico de' processi operativi embriotomici sul capo ch' egli riduce a' seguenti: La cranioclastia, la cefalotrissia, la cefalotomia e la trasforazione (sfenotrissia).

Gli ostetrici inglesi danno il nome di perforamento (perforation) a quella operazione che sul continente si chiama più comunemente craniotomia, e serbano la parola « craniotomy » a quel procedimento assai complesso ch' è la demolizione dell'edifizio craniano, e la estrazione del feto mediante gli uncini e le pinzette.

Craniotomia. — Il R. Simpson giudica di essa con il bellicoso paragone seguente: « l'uncino acuto paragonato al cefalotribo e al cra-

---

(1) *The obstetrical journal of Great Britain and Ireland, etc.*, N. 89, 15 luglio 1880.

« nioclasta ha relativamente allo scopo di salvare le donne lo stesso « valore che per ucciderne i mariti in guerra avrebbe il vecchio « fucile Brown-Bess paragonato ai fucili Snider e Martini-Henry. »

Cranioclastia e cefalotrissia. — Confesso (scrive l'autore) che non mi venne fatto ancora di formolare un giudizio definitivo sul valore comparativo del cranioclaste e del cefalotribo. L'inevitabile allungamento del capo in senso contrario a quello della compressione gli sembra un serio appunto al cefalotribo, chè la estrazione della testa secondo il concetto scientifico del meccanismo del parto gli pare in siffatte condizioni quasi impossibile; ma d'altro lato il cranioclaste verso il quale si sente più inclinato gli parve che avrebbe più difficilmente fatto buona presa su quella testa mobile tuttora ed alta che il cefalotribo afferrava e schiacciava convenientemente: agginnge per altro che gli sembrano nella ragione quegli ostetrici che opinano potersi applicare il cranioclasta ed estrarre con esso il feto nei casi di strettezza pelvica tale da non ammettere il cefalotribo. Con Viener è d'avviso che gl'insuccessi debbono attribuirsi all'operatore che non conosceva bene il modo di agire dello strumento, e non avea seguito fedelmente gl'insegnamenti di Sir James Simpson (zio del nostro autore). All'apparecchio di compressione aggiunto da Braun e da Barnes Russel Simpson dà pochissima importanza (noi crediamo a torto) potendosi, egli scrive, ottenere compressione e presa sufficientemente buona con un pannolino bagnato che venga acconciamente annodato attorno al manico dello strumento. Conchiude con l'affermare la necessità, qualunque possano essere le virtù e i difetti dei due strumenti, che la scienza e l'esperienza unite diano più ampia e soddisfacente spiegazione de' principii scientifici che ne regolano la costruzione, l'uso e l'azione (1).

Cefalotomia. — Su questa operazione l'autore fa brevissimo discorso; trova che il forcipe sega è complicato e troppo costoso, e non ebbe incontro favorevole fuori del Belgio, e dalla cefalotomia col filo metallico proposta da Barnes non si ripromette molto; pare a lui che quando è possibile far passare un filo metallico attorno al capo, si possa ridurre questo più facilmente con il cranioclasta o il cefalo-

---

(1) È rincrescevole che R. Simpson non faccia cenno alcuno de' lavori italiani su quest'argomento, forse perchè a lui ignoti; vi avrebbe trovato soddisfatto in buona parte il suo desiderio. (D. C.)

tribo; considerazioni analoghe valgono per il *diviseur céphalique* di Joulin, e il *labitom* di Von Ritgen che chiama una curiosità ostetrica meglio che uno strumento pratico.

Trasforamento (sfenotrissia). — Questo è il metodo che gli si presenta come più serio. « Mi parve sempre (così scrive) che si dovesse « procedere in cosifatta direzione onde poter giungere a realizzare il « metodo ideale dello sminuzzamento del cranio. La ostetricia scien- « tifica domanda lo sfasciamento o sconnessione delle ossa della base; « può l'arte ostetrica giungere a tanto? » — Messo questo quesito, discorre brevemente della sfenotrissia quale fu proposta e attuata da Hubert, e ch'egli (Simpson) propende a considerare quale una modificazione della proposta di James Simpson quando escogitò il cranioclaste; si proclama impressionato dalla favorevolissima statistica dell'Hubert, ma confessa non essersi altrimenti addentrato nello studio del valore del metodo Hubert, perchè troppo complicati e lo strumento e il processo operativo; questo giudizio affrettato gli venne in certo modo imposto dal forte valore pecuniario e dal carattere imbarazzante dell'apparecchio di Guyon. Di questo e del metodo dà una breve descrizione che termina con la narrazione di un caso dove fu applicato con successo; a questo riguardo così parla Russel Simpson: « Nel caso narrato, appena due fori vennero praticati nella base con « il perforatore Guyon, e poi la testa venne compressa tra le branche « del piccolo forcipe, a stento credetti a' miei sensi, quando il capo « venne tratto attraverso la strettura pelvica con una forza traente « non superiore alle sei libbre; uguale meraviglia provarono i col- « leghi Hart, Caird e Barbour. » — La testa del feto lasciata tra le branche dello strumento viene presentata alla Società perchè gl'intervenuti possano vedere quanto bene la testa sia stata ridotta con una sola compressione. — Ed ora tradurremo letteralmente quanto Russel Simpson espose ancora, trattandosi della parte fondamentale, o vera ragione della sua lettura: « Prima di presentare il preparato « feci un abbozzo storico perchè questo fu che mi spinse a pormi « questo quesito: Non possiamo noi ottenere uno sconnettimento o « sfasciamento efficace delle ossa della base craniana mediante un « congegno meno costoso e imbarazzante? Credo che si possa rispon- « dere affermativamente. Io sono convinto che lo si dovrà sempre « tentare, anzi mi avventuro a dire che ben presto si compirà l'o- « pera in casi analoghi ai riferiti. » Finchè non verrà proposto uno strumento migliore, io consiglio l'uso di una specie di trapano (tere-

bello) che rassomiglia da vicino al perforatore di Blot (1). È un lungo fusto di acciaio con manico di legno e che termina in una punta rivestita di un passo di vite per la lunghezza di mezzo pollice. A questa distanza dalla punta un grosso rialzo serve di ostacolo a che la punta possa essere spinta troppo oltre attraverso la grossezza dell'osso che si deve forare. Da un lato l'asta è scavata per ricevere una branca la quale si congiunge al fusto più grosso a circa quattro pollici e mezzo di distanza dal rialzo di difesa. Quando la punta dello strumento vien fatta penetrare con motto di succhiello nella profondità dell'osso, la branca mobile nascosta nel fusto penetra con questo; in allora premendo sul manico la branca è spinta verso l'esterno, come la lama dell'isterotomo è spinta fuori dalla sua guaina o branca protettrice, e ne verrà la dilacerazione, o la frattnra del tavolato osseo là dove venne perforato.

Quando si spinge sul principio la punta dello strumento nella base craniana, la testa dev'essere mantenuta ben ferma sia con pressioni allo esterno, che con trazione fatta mediante il dito, o con una pinzetta sul margine del foro che necessariamente si deve praticare prima sulla volta: che con questo istrumento si possa ottenere una dissociazione completa della base craniana venne dimostrato sperimentalmente sul cadavere. Ottenuta la dissociazione, si lascia la espulsione del feto agli sforzi dell'utero, o se ne fa la estrazione con il cranioclaste.

A questo punto l'autore riferisce le statistiche di Hubert in favore della sfenotrissia come quelle che devono incoraggiare gli ostetrici alla ricerca di un procedimento e di un apparecchio strumentale il più semplice ed il meno costoso possibile diretto a questo scopo, e termina la sua communicaziene proponendo si dia al suo processo il nome di baselisi. — Alla comunicazione di R. Simpson tien dietro importante discussione, in massima lodativa, sul nuovo processo, tra il proponente ed i socii Keiller, Underkill, Napier, Ballantyne, Dikson G. e Gordon: la mancanza di spazio ci obbliga a far punto colla promessa di ritornare sull'argomento per fare una critica di confronto tra lo strumento di Simpson, e la pinzetta basiotomica del Fabbri proposta molti anni prima e con il medesimo intendimento.

D. C.

---

(1) La figura di questo istrumento può vedersi a pag. 213, vol. II, del trattato di ostetricia del Prof. Playfair. Terza edizione, 1880.

L'acido sclerotinico nella pratica ostetrica.

NIKITIN. — Rossbach's pharmakologischen Untersuchungen. Bd. III. Hft. 1-2.

KOBERT. — Die Wirkung der Sclerotinsäure auf Menschen. — *Centralblatt für Gynaeck*, N. 10, 1879.

GANGUILLET. — Untersuchungen über die Wirkung der Sclerotinsäure auf den puerperalen Uterus. — *Archiv, für Gynaeck.* Bd, XVI. Hft. 2.

RENNERT. — Zur Wirkung der Sclerotinsäure auf den Menschen. — *Centralblatt für Gynaeck.* N. 22, 1880.

Alle molte delusioni terapeutiche dobbiamo aggiungerne un'altra. Secondo le ricerche di Nikitin pareva divenuto probabile, che, in tutti i casi in cui dapprima erasi adoperata la segala cornuta, potesse impiegarsi con maggiore efficacia l'acido sclerotinico, che poco tempo prima Dragendorff e Podwisotzky avevano dimostrato come un nuovo corpo costitutivo della segale cornuta. Nikitin con numerose ricerche sulle rane, sui conigli, sui gatti, praticate nell'Istituto Farmacologico di Rossbach in Würzburg era venuto ad una serie di conclusioni, che, se avessero trovato conferma riguardo all'uomo, avrebbero segnalato un grande progresso per la pratica ostetrica, poichè ad un preparato complesso, facilmente alterabile, agente a grandi dosi, si sarebbe sostituito un corpo chimicamente doterminato con esattezza, di rapida e sicura azione.

Il primo a cimentare l'azione di tale preparato nell'uomo fu il dottor Kobert, assistente alla Clinica medica di Halle. Egli arrivò a risultati negativi, di cui enuncio i primi quattro.

1. Nelle gravi emorragie polmonari riescì assolutamente inefficace alla dose di 0,20, ripetuta 5 volte nel giorno.

2. In un caso di emorragie croniche multiple nella pelle e nelle mucose, il rimedio riuscì infruttuoso alla dose di 1 grm. pro die.

3. In 2 casi di malattie del midollo spinale con fenomeni spastici delle estremità inferiori, nessun sintomo apparve modificato dopo un uso settimanale.

4. In un caso di malattia di Basedow subito dopo le prime polveri (a 0,2) insorse una tal inquietudine e una tale angoscia epigastrica, da sospenderne tosto l'uso.

Nè a più favorevoli risultati condusse il suo esperimento in altre forme morbose. Nè maggior fortuna trovò nel campo ostetrico, ove fu esperimentato da Ganguillet nella Clinica di Berna e da Rennert in Francoforte.

Ganguillet si propose di studiarne l'influenza sulle contrazioni uterine delle donne in travaglio e lo studio si estese a 31 casi. Il preparato impiegato fu dapprima il sclerotinato di soda, e quindi l'acido sclerotinico in polvere alla dose di 0,1, 0,2, 05 con zuccaro. Fra le diverse conclusioni sono degne di nota le seguenti:

1) Ad una dose inferiore ad un gramma non si ottengono risultati degni di nota nè riguardo al numero nè riguardo alla durata delle contrazioni.

2) A più alte dosi, superiori al gramma, aumenta soventi (7 volte su 10) il numero delle contrazioni ma di poco e senzachè il numero delle contrazioni aumenti in modo proporzionale alla dose impiegata.

3) Più costante ed anche più notevole è l'azione dell'acido sclerotinico sulla durata della contrazione (constatata 8 volte su 10). Però la durata delle contrazioni non supera che di una volta e mezza quella antecedente all'amministrazione del rimedio, anche a dosi di 3 a 4 grm.

4) L'azione insorge circa mezz'ora dopo l'amministrazione del preparato.

5) L'effetto di essa può constatarsi per circa 3-4 ore.

6) Malgrado si raggiungesse la dose di 5 grm. non potè osservarsi nessun aumento considerevole nell'azione del preparato.

Risultati questi molto al disotto di quelli ottenuti colla segale cornuta in *toto*.

Rennert usò l'acido sclerotinico per iniezione ipodermica sotto forma di soluzione acquosa filtrata nella proporzione di 1 : 2. — Notisi essere le iniezioni ipodermiche molto dolorose. L'autore l'adoperò cinque volte nella pratica ostetrica e qualche volta anche nella pratica ginecologica, ma ne ottenne risultati inferiori a quelli dati dalla ergotina dializzata. MANGIAGALLI.

Otto Roth. — Ein Fall von Lymphangioma cysticum. Beitrag zu den retro peritonealen cystichen abdominal-Tumoren. Zürich. 1880.

In una delle mie lettere ostetriche al Prof. Chiara ho già accennato a questo caso interessante osservato nella Clinica del Prof. Frankenhaüser in Zurigo. — Il primo assistente Otto Roth ne colse quest'anno occasione per una dissertazione inaugurale, portando una notevole contribuzione allo studio dei tumori cistici retroperitoneali.

È noto come parecchie volte, praticata la laparotomia, l'operatore si sia trovato di fronte anzichè all'atteso tumore ovarico, ad un tumore d'origine retroperitoneale, il più delle volte renale. Così Olshausen nel suo libro sulle malattie delle ovaie numera 13 casi di donne affette da idronefrosi ed operate e solo in 3 di esse erasi stabilita una diagnosi esatta. Sopra 50 laparotomie fatte da Frankenhäuser nella clinica di Zurigo venne pure una volta esportata una cisti renale; di altri tumori cistici retroperitoneali vennero comunicati pochissimi casi: così l'autore ricorda i casi di Smith e di Spiegelberg di cisti retroperitoneali da echinococco ed il caso di Spencer Wells in cui il tumore venne esaminato da Wirchow e fu trovato essere un mollusco cistico. Anche nel caso che forma oggetto della presente comunicazione, si credeva trattarsi di una cisti ovarica. E poichè la storia degli errori è forse più proficua per l'arte che non la storia dei trionfi diagnostici, gioverà qui, per ammaestramento, riassumere l'osservazione.

Donna, d'anni 32, IVpara. Tutti i parti furono spontanei: dopo il 3º parto, 3 anni prima del suo ingresso in clinica cominciò a formarsi

nell'addome un tumore che andò sempre aumentando. Visitata un anno e mezzo prima dal Prof. Frankenhäuser, questi dal rapido esame istituito era venuto nella convinzione *non trattarsi* di un tumore ovarico e ne aveva preso nota nel suo giornale. Pure l'aveva esortata a ritornare più tardi per istituire un esame più esatto, senonchè ridivenuta gravida, ciò non potè farsi. Anche questa gravidanza come il parto decorsero regolarmente: solo dopo questo il tumore prese a crescere ancora più rapidamente ed i disturbi crebbero al punto che la paziente non poteva più abbandonare il letto per cui si decise ad entrare nella Clinica per farsi operare.

Stato presente (il 28 settembre 1877): di robusta costituzione, di alta statura, anemica, dimagrita. Non itterizia. Esame dei polmoni, del cuore e milza negativi. L'ottusità epatica comincia al margine superiore della 6ª costa e si spinge in basso fino alla branca orizzontale del pube. Però alcune dita trasverse al disotto dell'arco costale di destra l'ottusità è alquanto minore. L'addome è tutto ottuso ad eccezione dell'ipocondrio sinistro. Esso è espanso da un tumore gibboso, fluttuante il quale è prominente al disopra del pube in forma di un sacco e ad esso manifestamente va dal margine epatico un cordone spesso, espanso. A sinistra ed a destra, quasi ai limiti esterni del tumore si trovano due striscie timpaniche ed all'esterno di queste nuovamente ottusità.

Circonferenza ombellicale	103	cent.
Massima circonferenza una mano trasversa al disotto del bellico	108	»
Dalla sinfisi allo sterno	50	»

L'utero è spinto verso l'arco pelvico di sinistra ed è discretamente mobile. Non si può sentire alcun ovaio. Spingendo molto all'ingiù il tumore e introducendo profondamente la mano si può raggiungere il limite inferiore del tumore, che sta quasi esattamente sulla linea mediana del ventre, ed è mediocremente mobile. Non espanse le regioni renali, urine e temperature normali.

Esclusa una ciste renale in presenza di tale reperto, Frankenhäuser pensò ad un tumore ovarico cistico che fosse aderente al fegato e forse alla massa intestinale. Venne quindi decisa la laparotomia che venne praticata il 1° ottobre colle cautele Listeriane.

Incise le pareti addominali si presentò allo sguardo una parete cistica molto vascolare, colla quale erano in connessione a destra ed a sini-

stra anse intestinali evidentemente appiattite sulla parete cistica mentre il loro mesenterio ricopriva il tumore. Si aveva quindi a fare con un tumore retroperitoneale. Intorno al tumore si riesciva a destra ed a sinistra, sui reni, al disotto, sugli organi pelvici che erano in connessione col tumore per poche aderenze. Punta la cisti vennero evacuati 6000 c. c. di liquido vischioso giallo-rossiccio, che tosto coagulava, dopo di che la cisti venne tratta fuori dalla ferita addominale. Essa aveva evidentemente un lungo peduncolo dello spessore di circa due dita, che fra le anse intestinali si dirigeva verso lo stomaco. Ampliata l'apertura fatta dal trequarti, s' insinuò una sonda nel peduncolo e per esso si pervenne sino al lobo sinistro del fegato verso la colonna vertebrale. Il peduncolo non era quindi che la parete cistica stessa che si faceva strada fra e sotto il mesenterio. Per la ricchezza vascolare, per l' incertezza del punto di partenza, per l' immediata vicinanza della cava non si poteva pensare a snucleare il tumore; perciò escisane la parete anteriore per quanto lo permettevano le cause intestinali disposte lateralmente, si cucirono i margini della cisti coi margini delle pareti addominali. La ferita addominale stessa venne lasciata aperta e per essa vennero collocati tubi di drenaggio. L'operazione durò circa due ore. La donna moriva in 12ª giornata con fenomeni di strozzamento intestinale.

L'autopsia dimostrò una torsione del tenue attorno il peduncolo; l'esame del tumore lo dimostrò un linfo-angioma cistico: esso prendeva evidentemente origine in corrispondenza del *tripus Halleri* e verosimilmente dalle ghiandole mesenteriche di quella regione, essendo noto come ivi si trovino normalmente 3-4 grosse ghiandole linfatiche fra i vasi ovarici e renali e l'origine della mesenterica superiore che appunto trovavasi in stretta connessione col tumore.

L'autore fa risaltare l' importanza di questa osservazione mettendola in raffronto con altre osservazioni antecedenti di linfoangiomi cistici di altre regioni, e quindi ne trae profitto per trarne criteri diagnostici.

I punti degni di nota in questa osservazione per la diagnosi furono:

I. *Nell'anamnesi:* coll'aumento del tumore si manifestarono spasmi addominali, vomito diuturno, stitichezza ostinata.

II. *Nell'esame:*

1) Il tumore non poteva delimitarsi in corrispondenza del fegato, il quale però non era spinto in alto.

2) L'utero poteva delimitarsi esattamente colla palpazione.

3) Le ovaie non si sentivano.

4) Il tumore aveva una forma tuberosa; era fluttuante ma aveva pareti spesse.

5) Era più prominente una mano al disopra della sinfisi.

6) Quantunque il tumore riempisse l'intiero addome, nessuna parte di esso penetrava in basso fino alla volta vaginale, ma spingendolo in basso con forte pressione, si riesciva a sentirlo anche dall'interno.

7) Dalla regione epatica si dirigeva al tumore uno spesso cordone palpabile con facilità e sul quale in singoli luoghi poteva constatarsi una sonorità timpanica.

8) Inoltre a sinistra ed a destra, accanto e davanti al tumore v'erano singole regioni timpaniche, ed all'esterno di queste nuovamente ottusità.

Quanto al modo d'intervento potrebbero essere prese in considerazione:

1) la semplice puntura;
2) la escisione parziale;
3) la estirpazione totale.

Malgrado l'esito infausto avuto in questo caso, l'autore si pronuncia pel metodo operatorio seguito, consistente cioè nella escisione parziale seguita dalla cucitura dei margini della cisti coi margini delle pareti addominali, metodo raccomandato poi anche da Schroeder per certune specie di tumori ovarici e paraovarici. MANGIAGALLI.

Della gravidanza cervicale. — Considerazioni cliniche del Dott. F. Pajusco, Prof. di Ostetricia in Catania. Roma, Forzani e C., 1880.

I. — BIBLIOGRAFIA.

Le prime osservazioni anatomo-patologiche si devono a C. Rokitanscky, e riguardano tre casi di donne morte l'una per peritonite, la seconda per tifo, la terza per icoremia; poi altre casi furono osservati da Sakreuter e Mettenheimer, da Hegar, da Dohrn; tali casi fu-

rono riferiti da Klob, Schroeder e Spiegelberg, — Le prime notizie cliniche di gravidanza cervicale secondaria son dovute a W. Schülein esposte alla Società ginecologica ed ostetrica di Berlino nel luglio del 1878.

Nella stessa seduta Veit ne comunicò altre tre casi, e Martin dichiarandola meno rara di quello che si credeva, ne portava un esempio osservato in primipara di anni 44 che si presentò al suo consulto perchè sofferente di dolori; il riscontro dimostrò il collo uterino grosso come uua piccola mela e sopra di esso una elevatezza simile all'estremità del pollice: essendosi più tardi dilatato l'orificio *estrasse un ovulo cke comunicava colla cavità uterina mediante un funicolo sottile e molto difficile a staccarsi.* — Ebell riferì pure altri casi e tra questi in uno la *cavità cervicale era imbutiforme, l'ovulo lungo* 3 *cent. e mezzo inferiormente più grosso e superiormente attaccato per un fnnicolo molto resistente, il quale si inseriva alla regione del foro tubario sinistro.*

Tre mesi prima però che Schülein comunicasse le sue osservazioni Keppler assistente alla clinica privata di A. Martin ne presentava un caso agli studenti che frequentavano detta clinica. Più tardi lo stesso Dott. Keppler ne vedeva due altri casi in Venezia, finalmente l'A. ne vide uno in Roma.

II. — Osservazioni cliniche

Osservazione I. (Keppler - *Berlino*). — Gravidanza cervicale di circa quindici settimane, ed allungamento peniforme del collo uterino — aborto spontaneo — di anni 20 — non mestruata da tre mesi e contemporaneamente insorgenza di nausee e vomiti frequenti — da quattro giorni avvertì un tumore grosso come una mela del diametro circa di 6 ctm. tra i genitali, tumore che non si riduceva colla posizione sul dorso anche a pelvi rialzata.

Il tumore violaceo era glandiforme, molto duro, elastico e con orificio ristretto, rotondo, diretto in avanti e sulla linea mediana. — In alto presentava una specie di collo corrispondente alla regione del fornice. — Porzione sopravaginale aumentata di volume, corpo uterino grosso, discretamente mobile, leggermente retroverso e diretto verso il corpo della seconda vertebra sacrale. — Mucosa vaginale floscia, violacea con abbondante secrezione. — Al giorno successivo il tumore

era rientrato ed infatti il dito lo riscontrava a circa 6 ctm. dall'ingresso della vagina. — Sette giorni dopo il primo esame avvenne spontaneamente l'aborto. — L'esame digitale riscontrava: orificio est. molto aperto, porzione vaginale caliciforme al cui punto ristretto corrispondeva l'orificio interno uterino dilatato anch'esso in guisa da poter toccare il fondo uterino. — Placenta inserita alla metà della cavità cervicale a destra poster. — funicolo ombellicale inserito al centro della placenta che alla periferia sup. presentava un'altra specie di cordone che attraverso l'orificio interno si inseriva a destra un po' sotto del legamento rotondo. — Cloroformizzata la donna si staccò l'inserzione del cordone superiore col dito, cosa non facile e che determinò notevole metrorragia; distaccata poi la porzione aderente di placenta si praticò una iniezione di sesquicloruro di ferro neutro nella cavità superiore mediante la siringa di Braun, e poi una di acqua fredda fenica al 5 0[0; la metrorragia cessò. — La donna guarì rapidamente. Esaminata tre mesi dopo trovavasi l'utero anteflesso mobile, il collo sempre cuneiforme, allungato e grosso.

Osservazione II. (Keppler - *Venezia*). — Gravidanza cervicale di tre mesi circa, complicata da nefrite parenchimatosa grave — aborto artificiale.

D'anni 32, nubile, nullipara. — Da due mesi notò mancanza dei mestrui e contemporaneamente nausea, vomiti e gravezza di respiro.

Esame somatico negativo per i polmoni e cuore — orina con molta albumina. — *Riscontro* — porzione vaginale dell'utero convertita in un tumore del volume di una mela: alla estremità post. verso il sacro sta l'orificio est. trasversale, a labbra avvicinate. — Corpo uterino un po' anteflesso e tra esso ed il tumore notasi uno stringimento colliforme. — Mammelle secernenti liquido lattescente. — Aggravandosi l'albuminuria e lo stato generale della donna si decise di interrompere la gravidanza, ciò che si fece mediante la rottura delle membrane. — Dopo 30 ore si effettua infatti l'aborto accompagnato da delirio, dolori insopportabili ed emorragia grave. — A tal momento chiamato il dottor Keppler riscontra l'embrione fuori della vulva, l'orificio est. dilatato e diretto ancora post., il dito penetrando riscontrava la cavità cervicale completamente tappezzata dall'uovo; la placenta inserita lateralmente a destra e solo in parte staccata. Previa cloroformizzazione si operò come nel caso precedente. L'orificio uterino interno era completamente chiuso. — La donna abbandonò il letto in

sesta giornata. — Sei settimane dopo, si riscontrò: collo grosso, cuneiforme, allungato, orificio est. un po' aperto. — Lunghezza totale del canale uterino mill. 83.

Osservazione III. (Keppler - *Venezia*). — Gravidanza di 10 settimane incirca, utero anteflesso ed angolo acuto, aborto artificiale.

D'anni 26, da tre anni a marito — mai ebbe figli — da tre settimane in preda a vomiti incoercibili ribelli a qualunque farmaco. — L'esame mostrò: porzione vaginale ingrossata, piriforme, dura, elastica schiacciata in modo da presentare il maggior diametro nel senso trasverso. — Corpo un po' ingrossato anteflesso mobile. — Violacea la mucosa vaginale e quella della porzione uterina. — Fu praticato l'aborto in questo modo: collocata sul letto ginecologico si applicò lo speculum di G. Simon, indi con una pinza americana si afferrò il labbro superiore e si stirò in alto, con l'uncino di Sims si stirò in basso quello inferiore e si misero così allo scoperto le membrane di colore olivastro. — Colla sonda rigida di Martin si scollarono le membrane per un centimetro circa, poi tolto l'uncino dal labbro inf. si ruppero con queste le membrane per un'estensione di cent. 1 1|2, ne colarono due cucchiai di liquido amniotico. — Coll'uscire delle acque cessarono quasi per incanto la nausea ed il vomito. Otto ore dopo, contrazioni gagliarde e delirio che domandò una cloroformizzazione di 4 ore. — La mattina del terzo giorno dall'operazione nell'orificio si potea a stento introdurre la falangetta del dito; le contrazioni ripresero, e con esse i dolori strazianti, febbre e convulsioni parziali. — In questa fase si prolungò la cloroformizzazione per quasi 5 ore. — Essendo urgente si decise di intervenire. — Cloroformizzata per la terza volta, posta sul letto ed applicato lo speculum di Simon si estrasse col dito la placenta (inserita sulla parete post. inf. della cavità cervicale) ed il feto. — L'operatore potè accertarsi col dito e *de visu* che l'orificio interno era completamente chiuso. — L'emorragia grave che tenne dietro fu vinta dal cotone al percloruro di ferro mantenuto localmente fino ad emostasia completa. Dopo 30 dì si avea all'esame: porzione vaginale conica e notevolmente allungata — corpo uterino anteflesso fisiologicamente. — Lunghezza del canale uterino ctm. 8.

Osservazione IV. (Pajusco - *Roma*). — Gravidanza cervicale di circa tre mesi. — Aborto spontaneo. — Nubile e nullipara di anni 33. — Da tre mesi mancanti i mestrui. — Dopo un mese circa dalla cessa-

zione nausee e vomiti insistenti; da un mese avvertì che la peluria dei suoi baffetti diventava di giorno in giorno più appariscente.

All'esame: porzione vaginale convertita in un tumore sferico del volume di un mandarino, elastico, duro, orificio est. ristretto diretto ant. ed a sinistra — corpo poco ingrossato retroverso e lievemente retroflesso, il fondo diretto alla sinfisi sacro-iliaca destra ed immobile per aderenze pregresse, porzione sopravaginale ristretta, per cui l'utero assumeva la forma di un *orologio a sabbia* — indurito il destro parametrio (esiti di parametrite). — Collo speculum di Simon la vagina più ancora che il tumore della porzione vaginale, marcatamente violacea. — Otto giorni dopo si effettuò l'aborto accompagnato da molti dolori e da grave emorragia. — Chiamato d'urgenza, l'A. trovò l'embrione espulso, l'esile funicolo ombellicale lacerato, orificio esteriore dilatato, membrane lacerate e la placenta in gran parte distaccata inferiormente, era adesa a destra sotto l'orificio interno. Data una posizione conveniente, praticato il cateterismo vescicale, senza l'uso del cloroformio si estrassero membrane e placenta in modo completo. L'orificio interno era chiuso. Ne seguì emorragia grave vinta da irrigazione endo-cervicale di acqua calda a 47° centigradi.

Quattro giorni dopo: la porzione vaginale conica, molto allungata, orificio est. trasversale; lunghezza del canale uterino mill. 82.

III. — Etiologia.

Esposto così il nuovo materiale clinico raccolto, l'A. passa in rassegna i segni offerti ne' suoi casi. — A differenza di Schülein che notò sempre emorragie ricorrenti durante la gravidanza, nei casi da lui raccolti mai s'ebbe questo segno; notò invece come particolarità i vomiti co' coratteri degli incoercibili in un caso di gravidanza cervicale primaria, e più o meno insistenti negli altri. Tutte le pazienti erano primipare, in tutte s'avea stenosi dell'orificio esterno in ciò d'accordo con Schülein e Martin: il solo Veit ne avrebbe un caso in IIpara. Richiama qui l'attenzione sul fatto che tutti i casi precedentemente riferiti sono di gravidanza cervicale secondaria mentre nei suoi ben tre volte è primaria. — Riguardo alla causa l'A. ritiene come unico momento etiologico *lo scarso sviluppo del corpo uterino e per conseguenza della sua cavità o l'esagerato sviluppo del collo, particolarmente in grandezza; e con Schülein e Martin ammette contemporamente la stenosi dell'orificio esterno.*

IV. — Sintomi, andamento, meccanismo mediante il quale si effettua l'aborto, ed esiti.

Sintomi soggettivi. — Coincidenza della gravidanza colla sospensione mestruale, nausee, vomiti, disturbi dismenorroici forti, talvolta debolezza, gravezza di respiro, costipazione, disuria, stiramenti mammellari, pigmentazione dell' areola.

Sintomi obbiettivi. — La vagina si fa larga, breve, liscia, violacea, con papille marcate ed abbondante secreto; la porzione vaginale dell'utero si presenta sotto forma di un tumore violaceo, grosso da piccolo mandarino ad una grande mela, quasi sempre sferico, più duro dell'utero gravido e lievemente elastico. L' orificio esterno è sempre ristretto. — Il corpo uterino paragonato alla porzione sottovaginale è poco aumentato in volume, può essere retroverso, retroflesso ed anche lievemente o fortemente anteflesso. — Il corpo è generalmente mobile.

In generale l'aborto si effettua spontaneamente, ma è necessario provocarlo allorchè vengano in scena i vomiti incoercibili, l' albuminuria, le convulsioni od altri fenomeni gravi che facciano pericolare la paziente. Riguardo poi all' aborto spontaneo, si deve di questo considerare la *causa determinante ed il meccanismo con cui si effettua.* Ricorda cosa avvenga dell'utero durante la gravidanza e come col progredire di questa una porzione della cervice uterina venga a cambiarsi in cavo uterino: ora caduto l'uovo nel cavo cervicale può crescere fino a che questo si ipertrofizza e si lascia distendere, ma non prendendo parte considerevole a tale ingrandimento il corpo uterino ad un certo punto l'uovo non potendo superare l'orificio interno, deve dilatarsi all'esterno: si porta così una irritazione sulle fibre cervicali che produce i prodromi dell' aborto. Dopo le contrazioni si fanno energiche. l'orificio est. si dilata lentamente, le membrane si rompono esce l'embrione; la placenta si stacca in parte e di qui l'emorragia, poichè è difficile che si effettui il secondamento spontaneo non trovando le pareti della cervice alcun appoggio per agire validamente. Di qui la spiegazione dei vivissimi dolori provati dalle pazienti con minimi o nulli risultati riguardo alla progressione del travaglio.

È terminazione necessaria tanto per la gravidanza cervicale primaria che per quella secondaria l' aborto; aborto sempre grave e per

quella secondaria ancor di più attesa la presenza del cordone *secondario falso* il cui distacco è già difficile e che porta in conseguenza grave ed insistente emorragia. — Indipendentemente da ciò se il cordone falso rimane in sito può essere nucleo alla formazione di un polipo, se rimanesse in sito senza nutrimento potrebbe esser causa di forme settiche.

V. — Prognosi.

Da quanto fu sopra esposto, abbandonato a sè l'aborto, la prognosi deve esser riservata. — L'A. crede l'intervento del medico assolutamente indispensabile onde terminare l'aborto, ed allora soltanto la prognosi sarà favorevole.

VI. — Trattamento.

Comincia col ricordare la sentenza di Dubois: *la femme qui avorte n'accouche que d'un placenta.* — In tali casi la terapia generale è affatto inutile, la sola terapia è la locale talvolta digitale, altra volta strumentale, susseguita a parto ultimato dall'uso degli astringenti; quale mezzo abortivo preferisce la rottura delle membrane specialmente se l'atto operativo sia stato domandato dai vomiti incoercibili poichè in tal caso coll'uscita del liquido amniotico cessano anche i disturbi; tale atto operativo suggerisce di praticarlo come fu descritto nell'osservazione 3.ª

Nel progresso poi dell'aborto si deve sempre intervenire per staccare ed esportare placenta e membrane ciò che si fa col dito a cloroformizzazione completa; però considerando come tale operazione sia talvolta molto difficile che tanto nella gravidanza primaria che secondaria propone che la liberazione sia fatta mediante la *curette;* riguardo poi al cordone falso l'A. s'atterrebbe alla torsione eseguendola con la pinza da polipo di Martin o di Bruns o di Keppler allo scopo di evitare e l'emorragia e la possibile formazione di un polipo, o la cancrena e conseguente infezione.

Per le ragioni sopra esposte nella gravidanza cervicale secondaria si comincia a distaccare il falso cordone e poi la placenta onde evitare la gravissima emorragia; nella primaria si stacca senz'altro la

placenta. Riguardo poi alla cura dell'emorragia il sesquicloruro di ferro neutro, l'acqua calda a 47° centigradi, sono i migliori agenti.

Lo Schülein per la gravidanza cervicale secondaria propone di incidere l'orificio est. onde diminuire le difficoltà del distacco del cordone falso. — L'A. amplia quest'idea e propone l'amputazione parziale del collo uterino, secondo il metodo di G. Simon, denominato *Kegelmantelförmig* e che l'A. chiamerebbe a becco di clarinetto rovescio per cadaun labbro, che secondo lui sarebbe utile perchè: 1.º evita la emorragia pericolosa del distacco della placenta; 2.º mancano le gravi insorgenze che seguono alla perforazione delle membrane; 3.º si risparmia il distacco digitale della placenta o l'uso della *curette;* 4.º si guarisce radicalmente l'ipertrofia del collo e le sue conseguenze; 5.º la guarigione è assicurata e 6.º si ottiene in 7 od 8 dì completa guarigione.

VII. — Conclusioni.

1. — Esiste oltre la gravidanza cervicale secondaria anche la primaria.

2. — Tanto l'una come l'altra debbono assolutamente finire coll'aborto, spontaneo od artificiale, entro i quattro primi mesi di gravidanza.

3. — In ambedue le specie di gravidanza è indispensabile l'intervento chirurgico, onde liberare la paziente.

4. — Abbandonati alla sorte, questi aborti mettono in pericolo imminente la vita, o possono divenire causa di gravi complicazioni o sequele morbose.

5. — Operando col dito o con gli strumenti diligentemente, e molto meglio impiegando il trattamento chirurgico radicale, la prognosi si farà favorevole quanto quella dell'aborto ordinario bene assistito.

6. Può effettuarsi la gravidanza uterina dopo l'atto operativo radicale, col quale si evitano gravi sofferenze, probabili complicazioni e sterilità relativa.

Negri.

Bassini. — Contribuzione alla ginecologia operativa. — (*Annali Universali di Medicina e Chirurgia.* — Ottobre 1880).

I. — *Fistola cisto-utero-vaginale.*

Contadina, di anni 38, la fistola s' era formata nel 1876 nel secondo parto. Trattavasi di presentazione della spalla; sopraparto della durata di 10 ore; fu liberata col rivolgimento cui tenne dietro puerperio normale. — Nel 1876 fu operata da altro chirurgo senza risultato; nuovamente nel 1877 ma con esito eguale. All'esame si trovava una fenditura longitudinale nella parte alta della parete anteriore della vagina e corrispondente porzione di fondo della vescica, larga 15 millimetri. lunga 5 cent., interessante in pieno il labbro anteriore dell'utero. — Praticata la cruentazione applicò due punti di sutura a caviglie e 9 di nodosa. — Guarì in 12 giorni.

II. — *Fistola cisto-utero vaginale.*

Di anni 43, operata nell' ottobre 1878 di craniotomia; dopo 5 o 6 dì dall'operazione cominciò lo scolo continuo dell'urina. — Sembra che siasi tentata la cauterizzazione a cura della fistola. La fistola era al fornice anteriore, in mezzo a tessuto cicatriziale, che dalla parete anteriore della vagina si estendeva al residuo labbro anteriore distrutto della bocca dell'utero; ammetteva la siringa uretrale N. 3. — Tentò senza riuscìta, la cauterizzazione. — Praticò la cruentazione ed applicò un punto di sutura a piastrine e 4 di nodosa. — Al 12º dì la cicatrizzazione era completa, ma injettando acqua in vescica gocciolava dalla bocca uterina a causa di un piccolo condotto fistoloso che scorrendo sotto la cicatrice metteva nella cavità della cervice.

Non volle sottoporsi ad altra cura.

III. — *Cisti uniloculare dell'ovaja destra; ovariotomia; Guarigione.*

Di anni 30; avea avuto tre gravidanze a termine, un' altra interrotta a 3 mesi. I disturbi dati dal tumore cominciarono durante l'ultima gravidanza e continuarono dopo il parto che fu affatto normale.

All'esame si riscontrarono tutti i segni di una cisti uniloculare di media mole dell'ovaja destra, che s'inalzava fino ad un dito trasverso sopra il bellico e cominciava a provocare disturbi nelle funzioni gastro-intestinali. L'esplorazione rettale (Simon) lo dimostrò appartenente all'ovaja destra.

Praticò l'ovariotomia che decorse senza accidenti; c' era alquanto liquido raccolto nel peritoneo. — Il peduncolo fu trattenuto in un *Klamp* di Spencer-Wells; attesa la presenza dell'ascite praticò la fognatura usando il tubo di Keith, che fu tolto in 3ª giornata; la ferita fu chiusa con sutura nodosa.

All'8º dì furon tolti i punti, al 14º il Klamp; a guarigione completa fu colpita da leggier forma tifoide ben presto vinta.

Il liquido estratto verdognolo-scuro filante era della densità di 1027; al microscopio bellissime cellule epiteliali cilindriche vibratili e globuli granulo grassosi. Coll'esame chimico (Prof. Truffi) s' ebbero le reazioni degli albuminoidi in generale della paralbumina, nonchè presenza di pigmenti biliari.

Dopo tre mesi era gravida, gravidanza che non mancò di provocare la formazione di un'ernia ventrale; partorì felicemente un maschio.

IV. — *Cisti moltiloculare voluminosissima dell'ovaja sinistra; ovariotomia; guarigione.*

Di anni 22, celibe. Primi disturbi avvertiti nel dicembre 1878, nel maggio dell' anno susseguente s'accorse della presenza di un tumore mobile nel ventre.

Coll'aumentare del tumore comparvero dolori, senso di stiramento e debolezza agli arti inferiori, forti dolori di ventre dapprima a sinistra e poi a destra. Nel dicembre 1879 dispnea, edema agli arti inferiori e più tardi disturbi gastro-intestinali, emorroidi e cessazione dei mestrui.

Presentava la *facies ovariana* caratteristica ed il ventre tanto disteso che la circonferenza ombellicale dava 126 ctm. Praticò una puntura esploratoria cha diede esito a liquido verdognolo scuro, filante, alcalino del p. s. di 1024, ricco d'albumina contenente globuli granulo grassosi, e cellule epiteliali cilindriche vibratili. Ogni sera il termometro saliva a 38.4 38.8.

Praticò l'ovariotomia; estese aderenze parietali a destra ed a si-

nistra ed omentali; l'incisione primitiva di 10 ctm. fu portata a 14. — Tolse le aderenze colla mano e con istrumenti ottusi.

Peduncolo trattenuto all'esterno da un clamp (Spencer-Wells), fognatura del fondo di Douglas (tubo di Keith).

In 4ª giornata fu tolto il drenaggio, in 8ª la sutura, in 12ª il clamp, in 14ª abbandonava il letto.

Il liquido estratto pesava 28 litri, e la cisti 1840 grammi.

V. — *Cisti moltiloculare dell'ovaja destra a parete grossissima, con aderenze omentali, intestinali, parietali, pelviche, estese e coll'utero; ovariotomia ed isterotomia; morte in 5ª giornata per septico-piemia.*

D'anni 42, precedettero un aborto e tre parti a termine; presentava grosse varici all'arto inferiore destro ed un tumore duro a superficie irregolare, oscuramente fluttuante, immobile, vuoto d'aria alla percussione. I primi sintomi datavano dal gennaio 1877 e consistevano in senso di peso e dolentatura alla parte inferiore del ventre ed un tumore duro e mobile a sinistra. Più tardi il tumore si estese e con esso i dolori; s'aggiunsero frequente bisogno di mingere e la stitichezza.

Passò all'ovariotomia.

La incisione primitiva era di 10 ctm. ma per le aderenze parietali, omentali ed intestinali dovette prolungarla di 4 a 5 ctm. La puntura ridusse il volume del tumore ed incominciò l'estrazione togliendo le aderenze omentali e quelle della fine dell'ileo e porzione del colon ascendente; la vena ovarica destra era grossissima e per un momento si impose all'operatore per l'uretere, ma alcune ramificazioni ne resero manifesta la natura onde la recise fra due lacci. La cisti era completamente aderente alla metà destra dell'escavazione pelvica ed al lato destro dell'utero col quale sembrava fusa. L'utero era bicorne. Con molta pazienza tolse tutte queste aderenze ma continuava da parte dell'utero una emorragia venosa imponente onde serrò questo assieme al legamento largo di sinistra mercè due lacci di filo di ferro e lo recise al disopra, assicurando il peduncolo all'angolo inferiore della ferita.

Toilette peritoneale, cucì le pareti, applicò un tubo di Keith. Al 5º dì morì e la necroscopia mostrò peritonite parziale iliaca ed ipogastrica suppurata: lacerazione del peritoneo iliaco e della pelvi al

lato destro, cellulite dell'ileo e del grosso intestino; splenite metatastatica ed infarti al fegato.

Il peduncolo uterino scendeva verticalmente dietro il corpo del pube comprimendo la vescica; fra la branca orizzontale sinistra ed il peduncolo trovò una piccola spugna circondata da essudati in via di organizzazione; questo fatto, che del resto non deve aver influito che in modo secondario sull'esito fatale, è esposto schiettamente dall'A.: egli seguendo sempre le norme di Spencer Wells numera sempre le spugne prima di chiudere il ventre; quella volta pure lo fece ed il conto era tornato giusto; la colpa era di un inserviente che avea aggiunta una spugna contro il suo assoluto divieto.

VI. — *Papilloma della porzione sotto-vaginale dell'utero; recisione colla galvano-caustica; guarigione.*

Contadina di anni 38. Dall'agosto 1879 notò dolori ai lombi ed agli inguini, peso al perineo, leucorrea e ricorrenti metrorragie.

All'esame; papilloma grosso come una melarancia sulla porzione sotto vaginale dell'utero. Lo recise coll'ansa galvano caustica ed in 15 dì guarì. Pesava 70 grammi ed il microscopio lo trovò risultante di giovane connettivo, vasi capillari e vasi maggiori, ed alla superficie epitelio pavimentoso.

VII. — *Polipo fibroso dell'utero; recisione colla galvano-caustica; Guarigione.*

Di anni 47. Nell'inverno del 1878 dolore ai lombi e abbondantissime mestruazioni. L'esame riscontrava un polipo che scendeva dal contorno posteriore del labbro anteriore della bocca uterina del volume di una grossa pera. La cavità uterina era normale al cateterismo. Recise il polipo coll'ansa galvanica.

Guarì in 14 dì. NEGRI.

Cattani. — Tumori dell'ovajo. — Ovariotomie eseguite dal Prof. Porro. — Relazione (*Gazzetta degli Ospitali*, N. 15-16-17. Milano, 1880).

I. — *Cisto-sarcoma dell'ovajo destro; ovariotomia; morte in 34ª giornata dall'operazione per occlusione intestinale.*

Di anni 40, multipara. Pare che i disturbi relativi alla malattia dell'ovajo datassero da 14 anni. — Il ventre globoso, tumido, cascante ai lati e sul pube, misurava: circonferenza ombellicale 88 ctm., sotto ombellicale 93; dalla spina iliaca superiore destra al bellico cent. 26, a sinistra 25. — Alla palpazione una tumescenza rotondeggiante con superfice formata a bozze più o meno grandi, indolente affatto, quasi immobile, con fluttuazione distinta. — L'utero al riscontro si mostrava mobile con lieve inclinazione a sinistra.

Il 15 maggio praticò l'ovariotomia; il tumore era in gran parte solido e per il fatto di aderenze anteriori e pelviche successe un parziale scollamento del peritoneo o lo strappo dell'alto fondo vescicale; a questo spiacevole accidente si riparò con sutura (catgut) in modo da ridurre la lesione a ferita lineare che si assicurò poi contro la ferita addominale con due punti di catgut.

Il peduncolo che veniva dal corno di destra corto e grosso fu legato ed abbandonato nel cavo addominale.

L'esame microscopico dimostrò che il tumore era un cisto-sarcoma a cellule fusiformi. — La donna si rimise completamente ed abbandonava già il letto quando insorsero segni di occlusione intestinale che la tolsero di vita 34 giorni dopo.

La necroscopia confermò la diagnosi portata in vita, la occlusione cioè fosse data da una fimbria che comprimesse un'ansa intestinale; era infatti un'ansa del tenue, quella che veniva così occlusa. La vescica orinaria era completamente cicatrizzata tanto da non esser possibile anche con l'attenta osservazione di riconoscere il luogo dello strappo avvenuto.

II. — *Cistoma moltiloculare dell'ovajo sinistro; ovariotomia; guarigione.*

Di anni 24, maritata, nullipara. — Da un anno e mezzo circa (tre mesi dopo il matrimonio), notò una tumescenza nel quadrante inferiore sinistro che andò mano mano crescendo e portandosi dal basso all'alto e da sinistra a destra si estese tanto da guadagnare le seguenti dimensioni: Circonferenza ombellicale ctm. 104, sottombellicale 112, del pube al fondo del tumore ctm. 43, dalla spina iliaca ant. sup. destra al beliico 28, a sinistra 30.

L'atto operativo fu compiuto senza accidente alcuno e la ferita fu chiusa con 8 punti, quattro superficiali e quattro profondi (sutura nodosa). Il peduncolo fu abbandonato nel cavo.

Dodici giorni dopo l'atto operativo abbandonava il letto.

III. — *Cistoma moltiloculare dell'ovajo destro; ovariotomia; guarigione.*

Di anni 29, passata a marito da un anno, nullipara. — Da 9 mesi sentiva qualche cosa che si andava svolgendo nel suo ventre partendo dall'inferiore quadrante di destra. — Il tumore sorpassava di due dita il bellico, era affatto indolente, alquanto mobile e fluttuante. — Ovariotomia praticata senza accidente alcuno non avendo presentato il tumore alcuna aderenza. Peduncolo abbandonato nel cavo peritoneale, tre punti di sutura metallica e due con seta (cutanei) alla breccia addominale.

All' 11º dì abbandonò il letto.

IV. — *Cistoma multiloculare; ovariotomia; guarigione.*

Di anni 55, passata a marito da 27 anni; nullipara. — Il tumore data da 10 anni. — Pannicolo adiposo abbondantissimo. — Circonferenza addominale massima cent. 123, dal pube al fondo del tumore cent. 49. Mancando affatto la fluttuazione si praticò una puntura esploratoria che diede esito a circa un litro e mezzo di liquido del p. s. di 1024 contenente paralbumina ed al microscopio cristalli di colestearina, qualche rara cellula di epitelio a ciglia vibratili; nume-

rose granulazioni, leucociti, qualche emasia e corpuscoli di Gluge. In base a tal reperto si passò all'ovariotomia. — L'ovariotomia fu compiuta senza alcun accidente e relativamente in modo facile; il peduncolo fu abbandonato nel cavo peritoneale. — Attraverso a forme morbose da parte del petto, del cellulare pelvico e non ostante una essicazione necrobiotica dell'angolo inferiore della ferita non ancora chiusa e del tragitto fistoloso dell'ultimo punto metallico, guarì.

V. — *Cisto carcinoma ovarico; ovariotomia; morte per choc dopo tre ore e mezza dall'operazione.*

Di anni 29, gravida per 5 volte, ebbe 5 figli a termine; puerperi normali meno l'ultimo per processo probabilmente infettivo lieve che le permise di ristabilirsi completamente.

Da quell'epoca però notò un continuo accrescimento nel volume del ventre tanto da esser necessaria la paracentesi, che fu praticata due volte e diede esito ad abbondante liquido citrino, albuminoso filante. Dopo la prima paracentesi notò edema all'arto inferiore di sinistra. Il ventre andò poi contiuuamente aumentando di volume tanto da raggiungere la circonferenza massima di ctm. 148. I dati dell'anamnesi e dell'esame facevano pensare ad un tumore dell'ovajo in gran parte solido e probabilmente maligno atteso il rapido svilupparsi della cachessia della malata. Considerato che la donna era votata a certa fine era giusto e doveroso il tentare qualche cosa in suo favore. All'ovariotomia si riscontrò abbondantissima raccolta di liquido nel peritoneo; il tumore solido risultava dalla fusione di ambedue le ovaja degenerate. Non fu cosa facile atteso il volume, il far uscire quella mole e non si potè neppur impedire grave emorragia dal peduncolo di sinistra in parte liberatosi dalla allacciatura.

Il tumore solido pesava grammi 6500 e la parte liquida poteva calcolarsi ad altri chilogrammi 10 circa; l'esame microscopico permise di portar la diagnosi di cisto-carcinoma papillare colloide dell'ovajo.

All'esposizione dei cinque casi tengono dietro brevissime considerazioni generali.

Inutile aggiungere che in tutti gli atti operativi furono attuate le più attente precauzioni antisettiche. NEGRI.

Grassi. — Di una forma rara di puerperio infezioso, curata felicemente colle iniezioni intrauterine. (*Lo Sperimentale*, luglio 1880).

Premesse alcune parole intorno alle idee di varii autori sulle iniezioni intrauterine in genere, dice che nel puerperio per le cambiate condizioni meccaniche e fisiologiche dell'utero, la medicazione intrauterina deve avere una parte non piccola in quelle forme morbose accompagnate da alterazione dei materiali di eliminazione. Dopo aver ricordato che tal genere di terapia in gran parte va attribuito all'Hervieux passa alla narrazione del caso clinico.

Si tratta di una robusta e sana primipara di anni 35, in travaglio da 36 ore; stando ai dati razionali la gravidanza avrebbe oltrepassato i 9 mesi di circa 12 giorni circa: col riscontro si constata una presentazione cefalica accompagnata da procidenza del funicolo non pulsante — orificio dilatato poco più che a cinque lire molto resistente al suo contorno — contrazioni deboli e brevi — testa respingibile. — Alle 8 di sera lo stato dell'orificio e la progressione della testa poco avevano guadagnato, lo stato della donna invece era di molto peggiorato, onde si decise dí liberarla, e per togliere alla famiglia lo spettacolo ripugnante di un'operazione embriotomica, si estrasse col forcipe un feto maschio, molto voluminoso, pesante kil. 4 $^1/_2$ ▫ lungo 60 ctm. Una susseguente emorragia da inerzia richiese la liberazione artificiale. — In ottava giornata di puerperio il fondo uterino superava ancora il pube di 5 dita, la palpazione profonda del viscere era dolorosa — i lochi color mattone, la temperatura era 40^0. — Si ricorse allora ai preparati di china, alle piccole e continuate dosi di segale ed alle frequenti irrigazioni vaginali e più alle irrigazioni endo-uterine di acqua fenicata al 4 $^0/_0$. — La suppurazione intanto era divenuta abbondante, ma il suo deflusso da continuo che era, s'era fatto intermittente. — Un esame dettagliato mostrò la fossa illiaca sinistra più sensibile e più resistente che non la destra, quasi scomparso il cul di sacco di sinistra per depressione della sua volta. — Il collo uterino discretamente riformato lascia passare sempre il dito, il quale se è spinto al di là dell'orificio interno, mentre l'altra preme sulla fossa iliaca sinistra si produce immediatamente la fuoriuscita di una quantità abbondante di pus mista a qualche piccolo fiocco di cellulare gangrenato.

La diagnosi adunque doveva essere così rettificata: endometrite purulenta, parametrite, flemone del legamento largo sinistro. La cura non venne cambiata insistendo specialmente nelle iniezioni intrauterine, le quali per essere seguite da una defervescenza ben marcata venivano invocate dalla donna stessa come un gran refrigerio. — La guarigione completa s'ebbe 75 giorni dopo il parto. NEGRI.

Dott. Ernesto Grassi. — Il forcipe Guyon in un caso di stenosi pelvica. — (Estratto dal Giornale *Lo Sperimentale*, Fascicolo X, ottobre 1880).

Premette poche parole per mostrare che la terapia dei vizi pelvici non è ancora segnata da leggi assolute e che quindi l'ostetrico ogni qualvolta interviene si trova sempre di fronte a parecchie incognite. Accenna ai varii metodi e strumenti proposti per demolire il capo fetale e renderne possibile l'estrazione e si sofferma con qualche particolarità sul forcipe Guyon di cui fa in breve la storia. — Ci rincresce però come l'egregio A., dopo aver citato i lavori del Dott. Chiarleoni ed i casi del Dott Monzini, non faccia parola del lavoro del Dott. Alessandro Cuzzi, attuale Professore della clinica di Modena, lavoro in cui ai molti fatti clinici è anche unito uno studio sperimentale avente lo scopo di dimostrare in qual modo agisca il forcipe Guyon.

Passa poi all'esposizione del suo caso che brevissimamente riassumerò.

Primipara, alta m. 1. 20, con marcate deformazioni imputabili a rachitide. — La pelvimetria interna dava una conjugata diagonale di millimetri 83 (senza deduzione), e l'esame dell'utero mostrava la gravidanza nel principio del 9° mese, passato quindi di almeno un mese il termine utile per la provocazione del parto prematuro. Propose la immediata interruzione della gravidanza e la embriotomia come complemento del parto provocato.

Il parto fu provocato coi metodi di Kluge e Krause ed ottenuta la dilatazione completa, essendo scomparsi nel frattempo i segni della vita del feto, praticò la craniotomia colle forbici ed applicò poi il forcipe Guyon ed estrasse un feto del peso di gr. 2600, lungo 49 ctm. La testa è presa secondo il diametro biparietale; nel punto di mag-

gior divaricazione le cucchiaja distavano 50 millimetri. — Il diametro bimastoideo sporgeva però intatto dalla convessità della nuova curvatura e misurato in posto risultò di 70 millimetri. — Questo caso adunque sarebbe favorevole alle idee del Cuzzi, che cioè nel maggior numero dei casi il forcipe non rompe la base craniana, ma non fa che superare l'ostacolo mettendola di sbieco fra le branche.

Passa poi ad altre considerazioni e termina col dire che qualcuno potrebbe anche movergli l'accusa di non aver fatto il taglio cesareo a termine col metodo Porro; ma egli se ne scolpa associandosi alle idee espresse dal Dott. Mangiagalli nella sua conferenza tenuta all'Ospedale Maggiore e già pubblicata in questo giornale.

NEGRI.

NOTIZIE COMPENDIATE

Primo caso di estirpazione completa di utero canceroso eseguita in Italia col metodo del Bardenheuer. — Comunicazione preventiva. — (*L'Indipendente — Gazz. medica di Torino*, N. 33, 25 nov. 1880. — Lunedì 15 corrente mese, i Dottori Giuseppe Berruti e Giacomo F. Novaro, assistiti dal Prof. D. Tibone, dai Dott. Margary, Bergesio, Inverardi e dagli allievi Canalis, Canepa e Schiappadore, eseguivano la estirpazione totale dell'utero in una signora di 38 anni, seguendo il metodo del Bardenheuer di Colonia. Essendosi però rotto i fili metallici delle due legature inferiori, il Dott. Novaro compiè l'operazione con due applicazioni dell'*ecraseur*. L'operazione fu lunga e difficile, la emorragia di poco momento. La paziente ora trovasi in via di guarigione. La febbre che si era manifestata al principio del secondo giorno con temp. di 38.6 cedette tosto alle lavature fatte nel modo consigliato dal Bardeuheuer. — In altro caso i due operatori ci propongono di sostituire i punti di sutura metallica del Bardenheuer con due pinze emostatiche del Köberle, ciò che, a loro parere, deve semplificare ed abbreviare di molto questa operazione — ad esito compiuto i detti operatori pubblicheranno l'interessante e dettagliata storia. — Ulteriori notizie ci fanno sapere che la operata morì per processo cancrenoso delle pareti addominali sulla sede della incisione.

Laparotomia. — Veniva eseguita nella Casa di Salute in Milano dal Dott. Luigi Mangiagalli il 20 novembre p. p., in presenza e coll'assistenza del Prof. Chiara, dei Dott. Prandina, Negri, Benazzi, Carrara, Trazzi e del personale sanitario della Casa. Trattavasi di tumore paraovarico a *sviluppo intraligamentario*, condizione anatomica bellamente illustrata dai lavori di Waldeyer e di Kaltenbach. Staccate o intercise fra legature le aderenze che il tumore aveva contratto colla fossa iliaca e coll'omento, anzichè snucleare il tumore nella sua porzione intraligamentaria, si preferì, in vista delle condizioni gravi della paziente, gravemente anemica ed albuminurica, raccogliere la cisti all'angolo inferiore della ferita addominale, orlandone con essa la parte inferiore mediante dieci punti di sutura e collocando nella saccoccia intraligamentaria un grosso tubo di drenaggio. Il resto della ferita

addominale venne riunito con cinque punti. Il materiale di legatura fu le seta fenicata. — La paziente trovasi in 18ª giornata (8 dic.) e fu sempre apirettica: i punti vennero levati in 8ª giornata, la saccoccia cistica va rapidamente raggrinzandosi.

Amputazione cesarea utero-ovarica. — Da una lettera del Dottor Stanislao Kondratowicz datata da Varsavia 22 novembre 1880, al Prof. Cav. Domenico Chiara, apprendiamo che il Dott Fickì praticava il 21 ottobre a. c. un taglio cesareo susseguito dall'amputazione utero-ovarica (metodo Porro). — La operata èra una rachitica il cui bacino presentava una C. V. di 50 mill. — Era in travaglio da tre giorni, ma ancora in buone condizioni. — L'atto operativo fu compiuto colle cautele antisettiche, ed all'emostasi si provvide mediante il costrittore di Cintrat. — Il feto fu estratto vivo. — Nei primi quattro giorni la febbre fu limitata e le condizioni generali buone; al 5º giorno si ebbe comparsa di trisma e tetano (opistotono) e la paziente moriva in poche ore. — L'autopsia riscontrò nelle vicinanze del peduncolo *peritonitis, circumscripta, saccata, purulenta;* il resto del peritoneo affatto normale, come pure affatto sani gli altri organi.

Nella stessa lettera dà pure ragguaglio del fatto seguente: Nel marzo del corrente anno si praticò un taglio cesareo in donna affetta da un grande tumore fibro-sarcomatoso del bacino. Il Dott. Kondratowicz, convinto sostenitore del metodo Porro, lo propose all'operatore; ma il suo consiglio non fu seguito. — Si fece il taglio classico e si praticò la sutura dell'utero con catgut. — La operata morì 56 ore dopo per peritonite acuta, e l'autopsia mostrò rilasciati i punti di sutura e beante la ferita uterina. — Il Dott. Kondratowicz, in seguito all'esito finale di tal caso pubblicò una memoria per provare la superiorità del metodo Porro, inserita nel giornale *Medycyny* che si pubblica a Varsavia.

Nomina. — Sappiamo che il Prof. Cav. Domenico Chiara fu nominato (seduta del 18 ottobre 1880) *Membro corrispondente del Collegio dei Medici di Filadelfia.*

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

Movimento clinico-operativo dei mesi di Luglio, Agosto, Settembre ed Ottobre dell'anno 1880 (1).

Donne accolte . . . . . 94 Parti spontanei . . . . 64 Parti artificiali . . . 20
Uscite senza sgravarsi — Donne morte . . . . . 1 Donne morte 4

Estrazione manuale — 177 - Ovoide podalico - varietà ginocchio destro - esito completo.

207 - Estrazione della porzione sopra ombellicale - esito felice.

229 - Disimpegno delle braccia ed estrazione del capo - esito felice.

Rivolgimento — 162 - Idrocefalo voluminoso con associazione del piede destro e della mano destra - puntura del capo e rivolgimento traendo sul piede procidente - donna guarita.

166 - Spalla destra dorso posteriore - quattro tentativi di rivolgimento a domicilio - pelvi viziata - rivolgimento sul fianco sinistro ed estrazione facile fino al capo - detroncazione accidentale — embriulcia - puerperio normale (Vedi embriotomia).

181 - Presentazione di faccia con procidenza di un piede - rivolgimento - feto asfittico non rianimato (pesava 4550 grammi) - puerperio fisiologico.

Forcipe — 160 - Pelvi rachitica - C. V. mill. 78 - forcipe Pajot allo stretto superiore - trazioni meccaniche coll'apparecchio di Joulin - isterostomatotomia - puerperio afebbrile - feto asfittico non rianimato.

(1) A pag. 188 fu pubblicato il Movimento dei mesi di Gennaio, Febbraio e Marzo; — a pagina 382 quello dei mesi di Aprile, Maggio e Giugno. — Quello dei due mesi di Novembre e Dicembre 1880, sarà dato nel N.° di gennaio 1881.

170 - Forcipe Naegele allo stretto sup. per eclampsia - feto vivo - madre guarita.

157 - Forcipe Naegele allo stretto superiore per procidenza del funicolo - feto asfittico rianimato - puerperio afebbrile - lacerazione del perineo.

139 - Forcipe Naegele al piano perineale per insufficenza delle contrazioni uterine - feto vivo - puerperio fisiologico.

188 - Forcipe Naegele allo stretto inferiore per inerzia relativa (V. DP permanente) - feto vivo - madre morta di peritonite settica.

163 - Forcipe Naegele al perineo per eclampsia - madre e feto salvi.

318 - Allo stretto inferiore per eclampsia - madre e feto morti.

140 - Nello scavo (V. Parto provocato prematuro).

192 - Forcipe nello scavo per soverchia lunghezza del travaglio - esito completo.

Parto prematuro provocato — 142 - Nell'8º mese per cacotrofia - feto vivo - madre guarita.

172 - Provocato verso la fine del 9º mese per anasarca, albuminuria ed infezione palustre - esito felice.

199 - Alla fine dell'8º per stenosi pelvica - metodo Kiwisch - Krause - Tarnier - morte del feto - craniotomia e cranioclastia Braun - morte della madre per processo infettivo incoato in travaglio.

221 - Albuminuria - idrotorace, ascite, idramnios - rottura artificiale delle membrane - feto vivo - madre guarita.

146 - Alla fine dell'8º mese per stenosi pelvica (Kiwisch, Kluge) - Forcipe nello scavo per minaccia fetale - feto morto - madre guarita.

Embriotomia — 161 - Spalla destra dorso posteriore - quattro infruttuosi tentativi di rivolgimento a domicilio - pelvi rachitica viziata di secondo grado (75-77) - spasmo del collo - utero retratto - embriotomia sul tronco e sul capo - morte della madre al terzo dì.

165 - Estrazione di testa rimasta sola nel cavo uterino mediante l'uncino acuto (V. rivolgimento).

199 - Craniotomia e cranioclastia Braun (Vedi parto prematuro provocato).

Perineorafia — 157 - Lacerazione fino alle fibre più esterne dello sfintere anale - sutura nodosa - mancato coalito.

Isterostomatotomia — 160 - (Vedi forcipe).

Le cause delle morti sono: 1 anemia progressiva, 1 eclampsia, 3 setticoemia (due di queste donne entravano all'ospizio già in corso d'infezione e dopo aver subìto maneggi operatori ripetuti), la terza mostrò i segni d'infezione durante il travaglio.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. P. Agnelli, via Pietro Verri, 16.

XXVIII
h